
BIBLIOTHÈQUE
de la
CULTÉ DE MEDECINE
SR

N° 1. — 1er JANVIER 1943 116e ANNÉE Ce numéro : 2 franc

La Lancette Française 90130

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT. — Un an : France et Colonies, 75 fr. Etudiants, 40 fr.; Etranger : 1re zone, 110 fr., 2e zone, 125 fr. » Chèques postaux : Paris 2538-76

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

POUR NOS ABONNÉS DE LA ZONE NON OCCUPÉE, adresser renouvellements et toutes communications aux Messageries Hachette, 12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône) Chèques postaux : Lyon 218 (Service Gazette des Hôpita

Bi-hebdomadaire paraissant provisoirement deux fois par mois

SOMMAIRE

Comment, au moment où s'ouvre la nouvelle année notre pensée ne se tournerait-elle pas d'abord vers nos confrères des camps de prisonniers? Nous voulons espérer que les mois prochains marqueront le retour dans leurs foyers de beaucoup d'entre eux.

A tous nos lecteurs nous adressons nos vœux. Nous les remercions une fois de plus de leur fidélité et de leur confiance. Leur sympathie nous est un puissant réconfort dans la période si difficile que traverse la presse médicale.

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris

Mutations des chirurgiens. — 1° A) A l'Hospice de la Salpêtrière (remplacement de M. le Professeur Gosset admis à la retraite), M. le Professeur Mondor de l'Hôtel-Dieu.

B) A l'Hôtel-Dieu (remplacement de M. le Professeur Mondor), M. le Professeur Brocq de l'Hôpital de Vaugirard.

C) A l'Hôpital de Vaugirard (remplacement de M. le Professeur Brocq), M. le Dr Senèque, nommé professeur de clinique chirurgicale.

D) A l'Hôpital Bichat (remplacement de M. le Dr Wilmoth, titularisé.

2° A) A l'Hôpital Cochin (remplacement de M. le Professeur Lenormant admis à la retraite), M. le Dr Quenu, nommé professeur de clinique chirurgicale.

B) A l'Hôpital Broussais (remplacement de M. le Dr Quenu), M le Dr de Gaudart d'Allaines de l'Hôpital Bichat.

C) A l'Hôpital Bichat (remplacement de M. le Dr Gaudart d'Allaines), M. le Dr Charrier, titularisé.

3° A la Fondation Marmottan, M. le Dr Banzet, titularisé.

4° A l'Hospice Saint-Vincent-de-Paul (remplacement de M. le Dr René Bloch, en disponibilité), M. le Dr Petit, chirurgien des hôpitaux faisant fonctions de chef de service.

Concours d'assistant oto-rhino-laryngologiste. — Sont nommés : 1er M. Sergent, 82 points ; 2e M. Zhâ, 82 points.

Concours d'accoucheur des hôpitaux. — Le concours s'est terminé par la nomination de M. Merger.

Concours d'assistant en médecine. — Jury : MM. les Drs Pagniez, Aubertin, Ribadeau-Dumas, Bénard (Henri), Faroy, Renaud (Maurice), Moulonguet.

Concours de médecin des hôpitaux (admissibilité définitive : 8 places). — Le concours s'est terminé par le classement suivant : 1er M. Fauvert ; 2e M. Antonelli ; 3e M. Marcel Cachin ; 4e M. Salles ; 5e M. Laplane ; 6e M. Facquet ; 7e M. Debray ; 8e M. Brouet.

Concours pour quatre places de médecin des hôpitaux. — Jury : MM. les Drs Rachet, Ameuille, Baudouin, Armand-Delille, Moreau, Turpin, Laporte, Gougerot, Lambling, Sézary, Mollaret, Vallery-Radot (Pasteur).

Concours de l'Internat. (Epreuves orales). — Jury : M. Gautier, Mme Fontaine, MM. Tinel, Milhit, Flandin, Lallemand, Padovani, Fey, Brechot et Lantuéjoul.

Admissibilité : Classement des candidats admissibles aux épreuves orales (majorations militaires comprises). — MM. Alloiteau, 47 1/2 ; Poncet, 47 ; Graveleau, 45 1/2 ; Berger, 44 1/2 ; Ryckewaert, 44 ; Braillon, 2, 43 1/2 ; Thierry, 43 ; Renaud, 43 ; Simon, 42 1/2 ; Godlewski, 42 1/2 ; Bouygues, 42 1/2.

MM. Tournier, 41 1/2 ; Feffer, 41 1/2 ; Mercadier, 41 1/2 ; Rainaut, 41 ; Couade, 41 ; Cousin, 41 ; Buhot, 41.

MM. Raymond, 40 1/2 ; Gueniot, 40 1/2 ; Fourdinier, 40 1/2 ; Morer, 40 1/2 ; Monghal, 40 1/2 ; Louveau, 40 1/2 ; Chapelet, 40 1/2 ; Mignot, 40 ; Koupernick, 40 ; Boudot, 40.

MM. Tixier, 39 1/2 ; Queneau, 39 1/2 ; Noufflard (Mlle), 39 1/2 ; Benezech, 39 1/2 ; Taptas, 39 ; Chadoutaud, 1/2, 39 ; Couder, 3, 39 ; Dubois (Jean), 38 1/2 ; Durand (Maurice), 1, 38 1/2 ; Queret, 38 1/2 ; Toupet, 1, 38 1/2 ; Borniche, 38 1/2 ; Torre, 38 ; Poulain, 1, 38 ; Monié, 38 ; Pichot, 38 ; Combet, 38 ; Bouttier, 38 ; Demassieux (Mme), 37 1/2 ; Chevrolle, 37 1/2 ; Chessebeuf, 1, 37 1/2 ; Blondé, 37 ; Garrigues, 37 ; Hiverlet, 37 ; Caldier, 37 ; Ramadier, 37 ; Adam, 1. 37.

MM. Bureau, 36 1/2 ; Dailly, 1/2, 36 ; Mathey, 1, 36 ; Guéraud, 36 ; Denis, 36 ; Lafourcade, 1/2, 35 1/2 ; Loubry, 1/2, 35 1/2 ; Georges, 35 ; Pichon, 35 ; Boeswillwald, 35 ; Forgeois, 1/2, 34 1/2 ; Rathery, 34 1/2 ; Rousseau, 1 1/2, 34 1/2 ; Léger, 34 1/2 ; Chardin, 34 1/2 ; Aurousseau, 34 1/2 ; Woimant (Georges), 34 ; Lamy, 1/2, 34 ; Mouzon, 1/2, 34 ; Mouret, 1/2, 34 ; Zadikian, 34 ; Nebout, 34 ; Chevillotte, 34 ; Hans, 1/2, 33, 1/2 ; Sichère, 33 1/2 ; Périer, 33 1/2 ; Forest, 33 1/2 ; Dubois (Jacques), 33 1/2 ; Desvignes, 33 1/2 ; Poirier, 33 1/2 ; Burgot, 33 1/2 ; Maigne, . Alison, 33 ; Mazard, 33 ; Satgé, 33 ; Mart (Jean), 33 ; Hourtaille, 33 ; Cambessèdes, 3?

MM. Picard, 1/2, 32 1/2 ; Delater, 1/2, 32 1 Leddet, 1, 32 1/2 ; Poujol, 1, 32 1/2 ; Rich 32 1/2 ; Spriet, 32 1/2 ; Granier, 32 1/2 ; Chap 32 1/2 ; Brault, 32 1/2 ; Benoit, 32 1/2 ; Carre 32 1/2 ; Larmoyer, 32 ; Laham, 32 ; Gauda 32 ; Couinard, 32 ; Cazes, 32 ; Bory, 32 ; Ca lorbe, 1/2, 32 ; Lebas, 1, 32 ; Denisart, 1, 32 Woimant (Bernard), 1, 31 1/2 ; Canivet, 31 1/2 ; Boeffard, 31 1/2 ; Savaton, 31 ; Lavarde, 31 ; Lallemant (Yves), 31 ; Boissière, 31 ; Barbet, 31.

MM. Galey, 1 1/2, 30 1/2 ; Pouchol, 1 1/ 30 1/2 ; Vaissie, 30 1/2 ; Duville, 30 1/2 ; Haba 30 1/2 ; Sirot, 1/2, 30 ; Gayno, 1/2, 30 ; Poulet 1. 30 ; Perraudin, 30 ; Nalpas, 30 ; Hartmann 30 ; Dessertenne, 30 ; Jacquemin, 30 ; Delagarde, 30 ; Bourgeois (Mlle), 30 ; Lallemand (Jean), 1/2, 29 1/2 ; Mauduit, 1/2, 29 1/2 ; Rudelle, 1/2, 29 1/2 ; Saulnier (Mlle), 29 1/2 ; Guy 29 1/2 ; Darbord, 29 1/2 ; Bour, 29 1/2 ; de Larrigue de Montvaldo, 29 1/2 ; Pierart, 1, 29 ; Stevenin, 1, 29 ; Coeuilliez, 1/2, 29 ; Wapler, 29 ; Treps, 29 ; Arnaud, 29 ; Smagghe, 29 ; Parrot, 29 ; Missonnier, 29 ; Bourguet, 29 ; Chambraud, 29.

MM. De Person, 28 1/2 ; Laham (Jean), 28 1/2 ; Garnier (Mlle), 28 1/2 ; Bourdy, 28 1/2 ; Tequi, 1, 28 ; Lebbourg, 1 1/2, 28 ; Wassef, 28 ; Sauvegrain, 28 ; Le Tan Vinh, 28 ; Naudin, 28 ; Lavat, 28 ; Lacourbe, 28 ; Zola (Emile), 28 ; Reymond, 28 ; Fourel, 28 ; Rey, 27 1/2 ; Aitoff (Mlle), 27 1/2 ; Sarrazin, 27 1/2 ; de Fourmestraux, 1, 27 ; Ricordeau, 1/2, 27 ; Sors, 27 ; Laprade, 27 ; Decroix, 27 ; Cousin, 27 ; Roujeau, 27 ; Pellot, 27 ; Lemoine, 27 ; Hurel, 27 ; Delouche, 27 ; Chapuis (Gilbert), 27.

Hôpital Saint-Joseph. — Un concours s'ouvrira le mardi 16 mars 1943 pour la nomination d'au moins sept internes titulaires et, s'il y a lieu, d'internes provisoires.

Ne sont admis à concourir que les étudiants en médecine ayant au moins seize inscriptions et présentant un des titres suivants : externe des hôpitaux de Paris ; interne d'une ville de faculté (faculté d'Etat ou faculté catholique) ; interne d'une école de plein exercice.

Les inscriptions sont reçues jusqu'au 10 mars 1943.

Pour tous renseignements s'adresser à l'Administrateur de l'Hôpital Saint-Joseph, 7, rue Pierre-Larousse, Paris (14e).

Hôpitaux de Province

Lyon. — Après concours M. Marcel Girard été nommé médecin des hôpitaux.

Hôpitaux coloniaux

Le *Journal Officiel* du 8 novembre 1942 publie n décret instituant un concours pour l'obtention du titre de spécialiste des hôpitaux coloniaux dans la catégorie stomatologie.

Faculté de Médecine de Paris

Clinique de Neuro-Chirurgie de l'Hôpital de la Pitié. — Par ordre des autorités d'occupation, le Service de neuro-chirurgie de l'Hôpital de la Pitié a dû être transféré à la Maternité du même hôpital, 20, rue Jenner (13e), métros : Chevaleret et Saint-Marcel ; téléphone : Gobe- s 23-48. L'aménagement est, actuellement, miné et le service peut recevoir à nouveau malades et le Professeur Clovis Vincent a ris ses consultations le samedi à 10 heures.

Légion d'honneur

erre. — *Chevalier.* — M. le Médecin-Capi- Goeau-Brissonnière du 1er R. T. A., Croix guerre avec palme.

crétariat général des anciens combattants. *fficier* : M. le Dr G.-Ch.-M. Virenque.

Santé publique

pitaux psychiatriques. — Les asiles publics nés de Ville-Evrard, de Vaucluse, de Chenoit, de Maison-Blanche, de Moisselles et llejuif seront désormais dénommés « Hô- psychiatriques ».

L'Asile clinique d'aliénés et les organismes achés ou qui seront rattachés sous la même ection (l'Hôpital Henri-Rouselle, clinique de Faculté) sera dénommé « Centre psychiatri- Sainte-Anne ».

Institution du Carnet de Santé

ar decret en date du 16 décembre 1942 il institué un carnet individuel de santé dont modèle est fixé par un arrêté du Secrétariat Etat à la Santé.

Secrétariat d'Etat au Travail

Le Comité permanent chargé d'élaborer la doctrine du travail et de fixer les règles géné- des d'action des médecins inspecteurs du avail comprend : 1° Membres de droit, le di- cteur du Travail et le médecin inspecteur général du Travail ; 2° Membres proposés par e Secrétariat d'Etat, MM. le Dr Barthe, les professeurs Duvoir (Paris) et Mazet (Lyon), les Drs Theil et Goulène ; 3° Autres membres, les Drs Winter, Martiny, Ménétrier, Gros, Sureau, Bour et les directeurs de l'organisation sociale, les assurances sociales et le directeur adjoint du Travail.

— Sont chargés de mission au cabinet du Secrétaire d'Etat : MM. les Drs Marcel Martiny et Pierre Winter.

Académie des Sciences

Bureau pour 1943. — M. Gabriel Bertrand, de l'Académie de Médecine, vice-président de l'Académie des Sciences en 1942, succède à la présidence à M. Esclangon.

M. Maurain a été élu vice-président pour 1943.

Les secrétaires généraux sont MM. A. Lacroix et L. de Broglie.

Prix décernés et subventions accordées en 1942 :

Géographie. — Prix Delalande-Guérineau (1.000 francs). — MM. Max Douguet, capitaine de corvette, et le Dr René Jeannel, professeur au Muséum national d'histoire naturelle, pour leur mission scientifique d'exploration à bord du « Bougainville » dans les mers australes.

Anatomie et zoologie. — Prix da Gama Machado (1.200 francs). — M. Rémy Chauvin, assistant à la Faculté des Sciences de Paris ; Fondation Savigny (1.500 francs). — M. Pierre Delanoë, docteur en médecine, pour ses travaux sur la parasitologie du Maroc ; Prix Jean Thore (1.000 francs). — M. Jean Guibé, assistant à la Faculté des Sciences de Caen.

Anthropologie. — Prix André-C. Bonnet (3.000 francs). — M. Albert Rakoto Ratsimanga, docteur ès sciences, pour son ouvrage intitulé « Taches pigmentaires héréditaires et origines des Malgaches ».

Médecine et chirurgie. — Prix Montyon. — Trois prix de 2.500 francs sont décernés : à M. Frédéric Bremer, professeur à l'Université de Bruxelles, pour ses recherches expérimentales sur les mécanismes primordiaux du système nerveux ; à M. Paul Giroud, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur, pour ses travaux sur le typhus exanthématique ; à MM. Paul Remlinger et Jacques Bailly, directeur et assistant à l'Institut Pasteur du Maroc, à Tanger, pour leurs études sur la rage.

Une mention honorable de 1.500 francs est accordée à M. Robert Tiffeneau, chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris, pour son étude sur les aérosols médicamenteux ; Prix Barbier (2.000 francs). — Mlle Angélique Arvanitaki ; Prix Bellion (1.400 fr.). — M. Louis Chauvois, docteur en médecine, pour ses ouvrages intitulés « D'Arsonval. Une vie. Une époque » (1851-1940), et « D'Arsonval, 65 ans à travers la science » ; Prix du baron Larrey (1.000 francs). — M. Joseph Toubert, médecin général inspecteur de l'armée, pour son ouvrage intitulé « Le service de santé militaire au Grand-Quartier général français (1918-1919) ; Prix Alfred Dutens (10.000 francs). — M. Paul Duhem, électroradiologiste de l'Hôtel-Dieu, pour son introduction dans la pratique électrothérapeutique des courants à établissement exponentiel ; Prix Jean Dagnan-Bouveret. — Un prix de 5.000 francs est décerné à M. Jean Vieuchange, docteur en médecine, pour ses recherches relatives à l'existence des anticorps de la vaccine dans la lésion locale d'inoculation (peau, cerveau) ; Prix Bréant (5.000 francs). — M. Xavier Henry, directeur du Laboratoire municipal d'hygiène à Constantine, pour ses travaux sur la « Mélano-floculation dite d'Henry » pour le diagnostic de l'infection palustre ; Prix Mège (1.000 francs). — M. Maxime Laignel-Lavastine, membre de l'Académie de Médecine, pour l'ensemble de ses travaux sur l'Histoire de la médecine ; Fonds Charles Bouchard (5.000 francs). — M. Georges Mouriquand, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, pour l'ensemble de ses travaux sur les Vitamines et les carences alimentaires.

Cancer et tuberculose. — Fondation Roy-Vaucouloux (6.000 francs). — Les arrérages de la fondation sont attribués à Mme André Lallemand, née Suzanne Ancel, chef de travaux de pharmacie et de chimie, pour l'ensemble de ses travaux sur la tératogénèse ; Prix Louise Darracq (6.000 francs). — M. Roger Gautheret, assistant à la Faculté des Sciences de Paris.

Physiologie. — Prix Montyon (1.500 francs). — M. Paul Benoit, pour ses travaux sur la théorie du fonctionnement nerveux ; Prix L. La Caze (10.000 francs). — M. Georges Schaeffer, professeur à la Faculté des Sciences de Paris, pour ses travaux sur l'origine de la production d'extra-chaleur dans l'action dynamique spécifique des protides ; Prix Pourat (2.000 francs). — Mlle Anne Raffy, docteur ès sciences, pour son ouvrage sur la « Vitamine B_2 » ; Prix Martin-Damourette (1.400 francs). — M. Louis Desliens, vétérinaire, pour ses travaux sur les ponctions et injections artérielles.

Prix généraux. — Prix Lallemand (1.800 francs). — M. Henri Hermann, professeur à la Faculté de Médecine de Lyon, pour ses travaux sur la vie des Mammifères après ablation de la moelle épinière ; Prix Parkin (3.400 francs). — M. Buu Hoï, pour ses travaux sur les dérivés chaulmoogriques ; Prix Henry Wilde (4.000 francs). — M. Michel Polonowski, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, pour ses travaux de chimie organique et biologique ; Prix Albert 1er de Monaco (100.000 francs). — M. Louis Bouvier, membre de l'Académie des Sciences, pour l'ensemble de son œuvre ; Prix Laura Mounier de Saridakis (14.000 francs). — M. Claude Fromageot, professeur à la Faculté des Sciences de Lyon, pour ses études sur les phénomènes de fermentation et les diastases, et M. Michel Macheboeuf, chef de service à l'Institut Pasteur, pour ses travaux sur la chimie de l'immunité.

Fonds généraux de recherches scientifiques. — Fondation Jérôme Ponti (3.500 francs). — Mlle Yvette Cauchois, chef de travaux à la Faculté des Sciences de Paris, pour ses travaux sur les rayons X ; Fondation Henri Becquerel (3.000 francs). — M. Francis Bernard, professeur à l'Université d'Alger, pour ses travaux de zoologie ; Fondation Loutreuil. — Subventions accordées : 3.000 francs à M. André Charton, chef de travaux de pathologie médicale à l'Ecole nationale vétérinaire d'Alfort, pour ses recherches sur l'influence des exercices sportifs sur le système cardio-vasculaire ; 8.000 francs à M. Adolphe Lepape, chargé de cours au Collège de France, pour ses recherches sur la radioactivité des eaux minérales et des roches et sur les gaz rares des gaz naturels ; 3.000 francs à M. François Maignon, professeur à l'Ecole nationale vétérinaire d'Alfort, pour ses recherches sur le rôle des phénomènes fermentaires en physiopathologie microbienne ; 3.000 francs à M. Noël Marcenac, professeur à l'Ecole nationale vétérinaire d'Alfort, pour ses travaux sur l'anesthésie du chien et du chat ; 3.000 francs à M. Robert Vuillaume, professeur à l'Ecole nationale vétérinaire d'Alfort, pour ses recherches sur le mécanisme de l'intoxication par les composés arsenicaux.

L'Association nationale des Médecins électro-radiologistes français a tenu son assemblée générale le 8 novembre dernier. Parmi les indications spéciales portées à la connaissance de ses membres, nous relevons :

Les travaux effectués en vue d'une prochaine qualification des spécialistes, qui permettront de faire figurer l'électro-radiologie parmi les autres spécialités ;

Les démarches de l'Association et le mémoire présenté à la Commission de réforme des études médicales au sujet de l'enseignement de la spécialité ;

L'établissement d'une nouvelle nomenclature dont la valeur des chiffres-clé sera établie incessamment par le ministre ;

La modification du titre de l'Association, dorénavant dénommée « Association nationale des Médecins électro-radiologistes qualifiés » ;

La nouvelle délimitation des sections régionales qui coïncideront avec les circonscriptions sanitaires ;

Les formalités à accomplir pour obtenir les quantités allouées aux électro-radiologistes en charbon, électricité et les cartes spéciales d'alimentation.

Pour tous renseignements s'adresser au siège : 60, boulevard de Latour-Maubourg, Paris (7e).

Nécrologie

— Le Professeur Hautefeuille, directeur de l'Ecole de Médecine d'Amiens, président du Conseil départemental de l'Ordre des Médecins de la Somme.

— Le Dr Abel Dupont, ancien externe des hôpitaux de Lyon, décédé accidentellement l 17 novembre 1942.

— Le Dr Louis Brassère, à Pontonx-su l'Adour.

— Le Dr A. Lemaître, de Blangy-sur-Ternois

— Le Dr Ed. Musin, radiologue, à Amiens.

— Mme Fernand Widal, veuve du Professeur Widal, membre de l'Institut et de l'Académie de Médecine, décédée à Paris le 22 décembre 1942.

Cours

Collège de France. — Le cours de M. le Professeur Leriche commencera le *vendredi 8 janvier 1942*, et non le 6 janvier comme il a été annoncé par erreur.

Le cours aura lieu à 18 heures, amphithéâtre 6 ; il se continuera les lundis et vendredis à la même heure.

Le premier cours portera sur : L'esprit thérapeutique dans la chirurgie.


HYPERTENSION

LÉON BABONNEIX

29 juin 1876 - 6 mars 1942

Notice lue à la Séance annuelle de la Société Médicale des Hôpitaux le 18 décembre 1942

par M. Julien HUBER, Secrétaire général (1)

La pédiatrie française durement atteinte par la mort du Professeur Marfan, le fut à nouveau en la personne de notre cher et regretté collègue Léon Babonneix, mort dans sa propriété de Lachaud d'Alleyrat, dans la Creuse, non loin d'Aubusson où il était né.

Son père a laissé, comme professeur, une réputation dont la haute culture de son fils a été le brillant reflet. Il termina sa carrière au lycée Saint-Louis ; son oncle, M. Dedet, père de notre confrère Jacques Dedet et frère de M. Dedet (de Martigny) était le directeur de l'Ecole Alsacienne. C'est dans ce milieu choisi, que notre collègue fit ses études classiques dont il garda une empreinte profonde. L'élégance de son style, l'attrait que les lettres anciennes ou modernes exercèrent sur lui peuvent en témoigner.

C'est en 1891 que Léon Babonneix commença ses études de médecine après avoir terminé ses années d'études au lycée Lakanal, récemment créé. En 1893 il était externe des hôpitaux, il devint interne titulaire en 1898, dans la même promotion que Guillain, Lœper, Pagniez. En 1903, il obtenait la médaille d'or avec son mémoire classique sur les *Paralysies diphtériques*, après avoir été l'interne de Duplay, Thoinot, Raymond, Gaucher et Grancher aux Enfants-Malades. Son année de médaille d'or chez Hutinel décida de sa double orientation vers la pédiatrie et la neurologie infantile.

En juillet 1912, il devenait médecin des hôpitaux en tête d'une promotion qui comprenait avec lui Lemierre, Crouzon, Aubertin, Merklen. Après les années dites de « Bureau Central » il devient, en 1920, chef de service à l'hospice Debrousse, passe ensuite à la Charité, dans un service auquel était annexée une crèche, et prend enfin la direction, à l'annexe Grancher de l'hôpital Saint-Louis, du beau service d'enfants que quittait M. Jules Renault et auquel il avait donné tous ses soins d'hygiéniste et de pédiatre. C'est là que, tant que ses forces ne le trahirent point, il donna toute sa mesure.

Sa carrière hospitalière avait été interrompue par la Grande Guerre qu'il fit entièrement aux armées, dans le Nord, à Dunkerque et dans les Flandres. Il s'y distingua par son dévouement et son calme courage sous les bombardements d'obus de gros calibre. Dès mars 1915 il est cité une première fois ; il obtiendra plus tard une seconde citation et la Croix de Chevalier de la Légion d'Honneur, dont il devint, par la suite, Officier. Nous savons par les amis qui l'entouraient, par Barat qui devait mourir héroïquement, par notre collègue Marcel Brulé et aussi par les médecins de marine de la défense mobile de Dunkerque, quelle était son attitude dans les heures difficiles et combien l'élégance avec laquelle il se consacrait à ses malades, insoucieux pour lui-même du danger, était pour les autres un exemple et un réconfort.

Au retour, après la victoire, il reprend avec le même enthousiasme aux côtés des siens, dans son heureux foyer, sa vie de travail et de dévouement.

Nous l'avons connu assidu à nos séances comme à celles de la Société de Pédiatrie, dont il fut le président, de même qu'il présida la Société de Neurologie et la Société de Thérapeutique. A cette activité scientifique il ne se limitait pas ; son rôle social se retrouve aux côtés de notre regretté collègue Siredey, dans l'Association d'Aide aux Femmes et Enfants de Médecins, à l'Association Générale des Médecins de France et à l'Œuvre Grancher. Depuis 1929, enfin, il était membre de la Société de Biologie.

En 1939, par une brillante élection, presque à l'unanimité des votants, il entrait à l'Académie de Médecine, remplaçant dans la section de Médecine le Professeur Marcel Labbé.

Déjà, malheureusement, il avait dû subir une grave opération chirurgicale, dont il ne se remit que lentement et son état avait inquiété ses nombreux amis ; quelque temps après, ce furent des troubles marqués par de douloureuses crises cardiaques qui l'obligèrent à nouveau au repos et le contraignirent à s'éloigner de Paris au début de 1940. Il lutta avec courage et patience contre le mal qui l'envahissait. Il prenait la plume dès qu'un répit lui était accordé, continuant à la *Gazette des Hôpitaux* une collaboration qui l'unissait de longue date à son cher ami, notre confrère François Le Sourd, et ses derniers articles ne parurent qu'après sa mort. Ses amis, ils étaient nombreux, eurent la douleur de ne pouvoir s'associer, par leur présence, au deuil de Mme Babonneix et à celui de son fils qui ont entouré toute sa vie et ses derniers moments d'une sollicitude et d'un dévouement passionnés.

En amitié, comme dans les autres formes de sa personnalité, Babonneix se révélait un être d'exception et, parmi nos collègues qui le pleurent aujourd'hui, il en faudrait citer beaucoup. Tous, ici, savent quelle fidélité le liait à ses maîtres : Hutinel, dont le fils Jean si précocement disparu fut un de ses disciples de prédilection, le Professeur Sergent, Méry ; à Mme Grancher, à qui il voua un attachement fidèle, s'employant à faire le bien aux protégés de la veuve de son ancien maître (n'avait-il pas, dans ce but, appris l'espagnol pour mieux se faire comprendre de ceux de ces protégés à qui il s'intéressait), notre président Ribadeau-Dumas, Dupuis-Dutemps, Lance, Alquier, André Thomas, Lhermitte, dont il aurait salué avec joie l'entrée parmi nous, Mme Déjérine et sa fille, la femme de notre collègue Sorrel. Que d'oublis je commets involontairement, ayant moi-même senti tout le prix de son amitié.

L'œuvre de Babonneix est considérable, tant était grande sa puissance de travail, riche son érudition, prodigieuse sa mémoire et brillante ses qualités de formes et de présentation. L'exposé de ses travaux et de ses titres, rédigé en 1937 pour l'Académie, donne, avec l'élégance de la forme qui était la marque de son esprit, un raccourci saisissant de sa surprenante activité.

Les encéphalopathies infantiles, les maladies nerveuses des enfants, l'enfance anormale, le rôle de la syphilis congénitale dans la genèse de certains de ces troubles, sont le sujet de ses études préférées et ses publications sont extrêmement nombreuses. Il a assuré, en outre, avec le Professeur Pierre Nobécourt, la publication du *Traité de Médecine des Enfants*, et avec le Professeur Sergent et M. Ribadeau-Dumas il avait, au lendemain de la Grande Guerre, réalisé ce tour de force de publier le *Traité de Pathologie Interne et de Thérapeutique Appliquée* — en 34 volumes — qui a, depuis, connu une nouvelle édition. C'est encore avec le Professeur Nobécourt qu'il a écrit et dirigé la publication d'un remarquable volume consacré aux enfants et aux jeunes gens anormaux, au triple point de vue clinique, thérapeutique et de prophylaxie sociale. Il a encore collaboré au *Traité* de Brouardel et Gilbert (article sur la diphtérie), au *Traité des maladies des enfants*, de Hutinel (article sur les maladies du cerveau), au *Traité* d'Achard et Castaigne (le rachitisme), enfin au *Traité* de Roger, Widal, Teissier (maladies de la bouche et des dents). On lui doit encore nombre de monographies parmi lesquelles nous citerons : *La chorée de Sydenham* (1924), *La syphilis héréditaire du système nerveux* (1929), *Les maladies des enfants* (1930), *Tout le corps humain*, un précis de thérapeutique infantile (1932), *Des actualités infantiles* (encore en 1932), *Les régimes chez l'enfant* (en 1937). Il avait aussi la passion du journalisme médical, au plus haut sens du mot, et c'est à l'une des feuilles plus estimées, la plus ancienne croyons-nous de nos périodiques, *La Gazette des Hôpitaux* — elle a 115 ans cette année — qu'il donnait depuis plus de quarante ans une collaboration assidue aux côtés des Le Sourd et de Lance. Il en devint l'un des rédacteurs en chef et il en faudrait, depuis près d'un demi-siècle, feuilleter toute la collection pour retrouver le reflet de son écrasant labeur accompli avec une élégante facilité jointe à une érudition et à une profondeur de vues surprenantes.

Il avait, aux côtés du Professeur Lœper, présidé le Congrès de Thérapeutique.

Le culte qu'il portait à ses maîtres et les hautes qualités que ceux-ci reconnaissaient chez lui l'associèrent à leur enseignement. Son service fonctionnait au titre de clinique annexe et il fit de fréquentes conférences, jadis, aux côtés de Grancher, puis de Hutinel, des Professeurs Nobécourt, Sergent et Gougerot.

Nous trouvons encore la marque de son altruisme et de sa bonté dans l'intérêt très vif qu'il portait au service social, complément indispensable de nos hôpitaux d'enfants.

Nous n'avons pu ici qu'esquisser hâtivement les activités fécondes de la carrière de notre collègue, toute de travail, de bonté agissante envers les malades, de compréhension pour les jeunes dont il stimulait l'enthousiasme pour l'étude, pour la médecine. Dans ce bref rappel, nous le revoyons avec sa silhouette mince et svelte, le regard à la fois spirituel et bienveillant derrière le lorgnon, vif dans sa démarche, brillant dans l'exposé clinique ou didactique, comme dans les échappées qu'il faisait en littérature, en poésie, en histoire.

Son œuvre littéraire est considérable également ; elle a surtout trait à Lamartine qu'il étudia en lettré et en médecin ; la dernière maladie de M. Charles, membre de l'Institut, et, plus tard, la dernière maladie de Lamartine ; Lamartine, garde du corps, Julie Bouchaud des Hérettes à la Maison Coigny et Julie Bouchaud des Hérettes à Gand pendant les Cent Jours ; en marge de Raphaël « Elvire et sa famille » (dans la *Revue des Deux-Mondes*), une lettre inédite du Dr Alin (médecin et confident de Lamartine), le Couvent des Filles du Calvaire (*Revue de l'Umfia*). Il a étudié aussi la vie de Maillot et publié des « Documents inédits sur l'inventeur du traitement du paludisme par la quinine » dans *La Gazette des Hôpitaux*, lors du centenaire de l'Algérie.

Quels regrets ne nous laisse pas la disparition prématurée d'un tel homme dont les épreuves devant la maladie montrèrent le stoïcisme. Aux heures que nous vivons, à celles surtout qui nous attendent, il faudra que, tel Babonneix, des êtres représentatifs des qualités de notre race soient les guides des générations désemparées par la tourmente. Et notre pensée se reportait vers lui et vers ces hommes de bien en lisant ces jours derniers sous le titre : *Réveil de l'Ame Française*, ces lignes réconfortantes que Babonneix, certes, aurait fait siennes et que nous offrons en hommage d'admiration et d'attachement respectueux à Mme Babonneix et à son fils... « Nous sommes redevables à la culture *grecque* et latine de dons et de qualités d'une valeur humaine inestimable, sans lesquels nous ne serions pas Français : tels que l'esprit de finesse qu'on retrouve à l'origine de toutes les sciences ; le bon sens par quoi d'ordinaire, il se traduit ; le besoin de clarté dans les choses

(1) Nous remercions M. Huber d'avoir bien voulu nous permettre de reproduire cet hommage à la mémoire de notre cher et regretté rédacteur en chef.
N.D.L.R.

de l'esprit ; le souci de raisonner juste ; le goût des idées générales ; un amour instinctif du beau ; le sens de l'équilibre et de la mesure qui, dans la conduite de la vie chez les âmes cultivées, se manifeste par un besoin supérieur de justice ; un sentiment vif du droit et de l'honneur ; une sorte de fringale de la liberté, et enfin ce je ne sais quoi d'indéfinissable, mais d'infiniment précieux qu'on appelle la politesse et qui est le fruit le plus savoureux d'une bonne éducation » (1).

(1) M. S. Gillet. *Réveil de l'Ame Française.* Flammarion, oct. 1942.

LE SALICYLATE DE SOUDE
DANS
LE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU

par M. H. Grenet

Avant d'envisager l'action du salicylate de soude dans le rhumatisme, il me paraît utile de faire cette remarque préalable qu'un médicament agit d'autant mieux qu'il est donné plus près du début de la maladie ; c'est une loi générale en thérapeutique ; et l'on ne doit pas nier l'efficacité d'un traitement parce qu'il ne guérit pas une affection qui a suivi déjà une longue évolution et subi de multiples complications.

Cela dit, je veux passer en revue l'action du salicylate dans les formes simples et les formes compliquées, le mode d'administration, les médications adjuvantes et les accidents du salicylate.

Dans les formes simples, non compliquées, tout le monde est d'accord pour reconnaître que le salicylate donné à des doses moyennes fait disparaître rapidement la fièvre, les douleurs et le gonflement articulaire. On en poursuit l'administration pendant quelques jours une fois la défervescence obtenue ; on diminue progressivement les doses ; la température reste normale ; le malade est guéri.

Mais souvent, pendant la période aiguë ou un certain temps après la défervescence, apparaissent des signes d'endocardite, modifications des bruits du cœur, souffle systolique de la pointe. Sans doute, une fois la lésion constituée par du tissu fibreux, ce n'est plus qu'une cicatrice sur laquelle il n'est plus d'action possible. Mais il n'est pas certain que le traitement soit complètement inopérant tant qu'elle est en évolution, avant qu'elle ne soit définitivement constituée. Je suis frappé, en relisant les observations recueillies dans mon service, par le nombre important de malades chez qui l'on constate d'une manière indiscutable les signes d'une atteinte cardiaque, qui n'est que passagère et disparaît définitivement dans les semaines suivantes. Il est peut-être difficile de dire ce qui revient à l'évolution spontanée ou au traitement ; mais c'est surtout chez les sujets régulièrement soumis à la médication salicylée depuis le début que pareille éventualité se produit.

Dans les formes compliquées — et c'est toute l'histoire du rhumatisme cardiaque évolutif qui serait à reprendre ici — on se trouve en présence de plus grandes difficultés d'interprétation. Les résultats dans l'ensemble ne sont pas brillants, et j'ai moi-même à plusieurs reprises insisté sur la gravité du rhumatisme cardiaque chez l'enfant. J'ai pourtant la conviction — et je donnerai des exemples à l'appui — d'avoir arrêté quelquefois l'évolution par un traitement comprenant, outre le repos complet et prolongé qui se montrait insuffisant, la médication salicylée, et souvent des médications adjuvantes sur lesquelles je reviendrai.

Il est intéressant de rechercher, dans les cas qui suivent une évolution longue et grave, comment le rhumatisme a été traité à son début : on doit noter alors que bien souvent le salicylate n'a pas été prescrit à la période initiale ou ne l'a été qu'à une dose inopérante.

Il semble difficile d'apporter la preuve certaine de l'action du salicylate dans les formes très graves de rhumatisme cardiaque qui évoluent pendant des mois et qui finissent souvent par aboutir à la mort. Sans aucun doute le repos indéfiniment prolongé est alors indispensable, et des succès ne sont obtenus que chez les seuls malades qui s'y soumettent. Il n'empêche que, si l'on donne en même temps la médication salicylée en se conformant à certaines règles que j'exposerai tout à l'heure, on obtient des régularisations de température et des améliorations de l'état général qui ne sont pas le fait du seul repos. Cela n'indique-t-il pas que, dans ces cas défavorables, la médication possède encore une réelle activité ? Ceux qui la nient sont-ils en mesure de démontrer son inefficacité absolue ? Je sais bien que l'on fait état de statistiques, surtout américaines (J. L. Miller, Master et Romanoff, Graefe, Parent, Zitzon et Whycoff, Ray) : ces différents auteurs ont comparé des séries de malades, les uns traités par la médication salicylée et les autres soumis seulement au repos et à une médication opiacée ; et ils ont constaté que dans les deux cas la durée moyenne d'hospitalisation, la fréquence des complications et la gravité de l'affection étaient les mêmes. A ces statistiques on en pourrait opposer d'autres dues à Leech, à Perry ; Andrieu a montré la diminution de la mortalité par rhumatisme dans l'armée depuis l'emploi systématique du salicylate ; Morquio a soutenu l'action du salicylate sur les lésions cardiaques en évolution ; de même Etienne pour la myocardite (1).

Mais que valent les statistiques elles-mêmes ? Combien d'éléments interviennent en effet : date à laquelle on a commencé la médication, doses employées, voie d'introduction, etc. Il faudrait étudier chaque cas particulier et l'on ne peut porter un jugement d'ensemble. Nous entrons dans le domaine des formes les plus graves ; toutes les statistiques seront mauvaises ; mais quelques observations précises peuvent avoir une singulière éloquence.

Voici par exemple le cas d'un jeune garçon que j'ai vu à plusieurs reprises l'an dernier ; il avait été atteint d'un rhumatisme avec nodosités et endocardite ; il fut mis d'emblée au salicylate et au repos absolu ; la guérison complète fut obtenue au bout de quelques mois ; il ne reste plus aucun signe de cardiopathie ; et l'on peut admettre qu'un traitement précoce et bien conduit explique seul l'heureux résultat acquis dans une forme dont la gravité était soulignée par le développement des nodosités.

Je pourrais citer l'observation d'une jeune fille de quatorze ans, Car... Nelly : Elle avait eu à onze ans une première attaque de rhumatisme, non traitée par le salicylate ; elle entrait dans mon service trois ans plus tard en pleine décompensation cardiaque, avec un souffle systolique de la pointe, un souffle diastolique de la base, un frottement péricardique, un bruit de galop et elle présentait de plus un érythème annulaire rhumatismal, signe de gravité ; elle restait à l'hôpital du 23 mai au 30 juin 1938 ; sous l'influence du traitement, la stabilisation était bientôt obtenue ; elle demeurait au repos chez elle, faisant des cures périodiques de salicylate, et je la revoyais en 1939 et en 1940, en bonne santé, gardant seulement une double lésion, mitrale et aortique, sans aucun signe évolutif.

Voici l'histoire du jeune Chard... Lucien : Il fait à l'âge de dix ans, en septembre 1936, une chorée particulièrement sévère, que nous n'avions pas cru devoir rattacher au rhumatisme ; en 1937, récidive de chorée, rhumatisme, érythème rhumatismal, signes de lésion mitrale et aortique, gros cœur à l'examen radiologique. L'état se stabilise ; une petite reprise de chorée se produit sans incident grave en juillet 1938. L'enfant est revu dans un état très satisfaisant en 1942.

C'est encore Leg... Claude, dix ans, qui a eu une première attaque de rhumatisme en mai 1932. En octobre 1933 il est atteint d'une chorée qui évolue en même temps qu'un rhumatisme articulaire et qu'une cardiopathie. Il est soigné d'abord par la liqueur de Boudin ; mais les signes cardiaques s'aggravent, la fièvre persiste ; la tachycardie s'accentue, la dyspnée s'établit ; et tout cela malgré le repos auquel est soumis le malade en raison de la chorée ; on prescrit le salicylate ; la fièvre tombe et les signes cardiaques s'atténuent ; l'enfant quitte l'hôpital au bout de deux mois, porteur d'une insuffisance mitrale bien compensée.

Alb... Estelle est une malade que le repos ne suffisait pas à guérir ; cette fillette de douze ans et demi souffrait depuis plus de cinq mois ; et comme elle avait des douleurs dans la colonne vertébrale, on l'avait plâtrée ; mais elle se mit à avoir des arthrites des genoux, et elle entrait dans mon service le 12 décembre 1936 ; elle a à ce moment les signes d'une cardite évolutive ; en vingt jours, sous l'influence du traitement salicylé alternant avec des cures de pyramidon, la température tombe définitivement, l'état cardiaque se stabilise. L'année suivante, la malade fait encore un séjour à l'hôpital pour une poussée de péricardite. Elle ne garde à sa sortie qu'une lésion mitrale bien compensée et l'examen radiologique montre un gros cœur. En 1941, l'état demeurait tout à fait satisfaisant.

Voilà quelques cas dont on ne peut nier la gravité et qui montrent, me semble-t-il, que le salicylate agit même sur les cardiopathies évolutives. Certains de ces malades gardaient depuis longtemps un repos complet ; ce n'est donc pas le repos seul qui a agi.

Mais la contre-partie de ces observations ne nous est-elle pas présentée par la jeune Rous..., Paulette, qui vient d'être hospitalisée dans mon service du 9 septembre au 23 octobre 1942. Elle a eu une première attaque de rhumatisme en 1938 ; elle a été traitée par le salicylate ; au bout de trois semaines elle paraissait guérie, gardant un souffle systolique de la pointe. Au bout de quelque temps, comme elle n'avait pas de troubles fonctionnels, un cardiologue conseillait de cesser le salicylate : conseil trop bien suivi, car, lors d'une deuxième attaque, en novembre 1938, on ne donna pas de salicylate et la fièvre baissa lentement et les douleurs persistèrent jusqu'au mois de juillet 1939. En août 1942, récidive avec menaces syncopales, angoisse, cyanose, dyspnée, état subfébrile, gros foie, augmentation du volume du cœur ; c'est dans cet état que l'enfant entre dans mon service. Elle a été traitée par des toni-cardiaques, mais aussi par le salicylate ; la stabilisation complète a été obtenue ; elle reste au repos chez elle, mais est dans un état de santé que sa mère ne lui connaissait pas depuis plusieurs années. Je crois que l'absence de traitement salicylé lors de la deuxième attaque n'a pas été très favorable.

Je n'ai eu en vue jusqu'ici que l'action du salicylate dans le rhumatisme articulaire et les cardiopathies. Mais il ne faut pas oublier que le rhumatisme n'est pas une maladie uniquement articulaire et cardiaque. J'ai trop insisté moi-même sur ses formes extra-articulaires pour omettre de signaler son heureuse action dans nombre de cas, qu'il s'agisse de formes infectieuses pures, typhoïdes, ou de formes viscérales, pleurésies, douleurs œsophagiennes, formes péritonéales, troubles digestifs, et en

(1) V. J. Raffin. — Le salicylate de soude ; propriétés physiologiques et thérapeutiques. *Thèse de Paris*, 1940.

particulier diarrhée, comme chez le jeune Lanc..., Jacques, chez qui l'on croyait à une entérite tuberculeuse jusqu'au jour où l'on découvrit une lésion cardiaque : ici encore le salicylate fit tomber la fièvre et cesser la diarrhée.

C'est après avoir dépouillé 339 observations recueillies dans mon service de l'Hôpital Bretonneau et quelques-unes de ma pratique de ville que je me crois autorisé à affirmer de nouveau l'action utile de la médication salicylée dans toutes les manifestations de la maladie de Bouillaud.

Comment prescrire le salicylate ? — On le donne généralement par la bouche, en lui associant une dose double de bicarbonate de soude afin d'éviter l'acidose. Je pense que la voie intraveineuse n'est pas sensiblement plus active et qu'elle est utile surtout pour donner un complément de dose quand l'intolérance gastrique empêche l'ingestion d'une quantité suffisante.

Je le prescris à des doses de 0,75 cgr. à 1 gr. par année d'âge, en ne dépassant qu'assez rarement 8 gr. Dans quelques cas pourtant je suis monté, chez de grands enfants de plus de dix ans, à 10 et même 12 gr. (cela d'une manière exceptionnelle). Je n'ai jamais donné les doses massives d'emblée recommandées par quelques auteurs. Il faut répartir la dose d'une manière à peu près régulière sur les vingt-quatre heures ; mais cependant il me paraît utile de respecter le sommeil, ce grand bienfait pour ceux qui souffrent, la régularité des prises dût-elle en souffrir.

Dans les formes moyennes, il suffit de maintenir la dose utile tant que dure la période fébrile et de la diminuer progressivement, pour supprimer le médicament en huit jours environ lorsque la guérison de la crise paraît obtenue.

Mais c'est le traitement *des formes prolongées, des formes salicylo-résistantes, des formes graves* qui doit surtout me retenir.

Dans tous ces cas j'estime qu'il y a un grand avantage à ne pas donner le salicylate d'une manière continue, mais à faire *des cures successives séparées par quelques jours de repos*, pour ne reprendre le médicament qu'une fois son élimination terminée. On donne le salicylate par exemple pendant une semaine ; on l'interrompt pendant quatre ou cinq jours, temps habituellement nécessaire pour que l'élimination soit complète, et on le reprend d'emblée à la même dose. Je puis affirmer que cette méthode donne dans les cas graves ou prolongés des résultats supérieurs à ceux que l'on obtient par l'administration indéfinie du salicylate, même à des doses bien plus fortes. Je puis citer l'exemple d'un homme jeune qui était atteint d'un rhumatisme tenace, quoique non compliqué : le salicylate calmait ses douleurs mais la fièvre persistait. Je fis cesser le médicament pendant huit jours ; au bout de ce temps, on le donna de nouveau à la dose antérieurement prescrite de 8 gr. En quarante-huit heures, la température tombait d'une manière définitive ; le malade était guéri ; j'ai eu de ses nouvelles au bout de plusieurs mois ; il se maintenait en parfaite santé.

Cette méthode des *cures discontinues* me paraît donc nettement indiquée toutes les fois que la maladie ne cède pas rapidement à la médication ; et je crois que souvent une prétendue salicylo-résistance cesse quand on y recourt, en donnant des doses suffisantes.

Mais des *médications adjuvantes* sont souvent nécessaires.

Le pyramidon est à mon avis la meilleure. J'ai l'habitude de le prescrire pendant les intervalles des cures salicylées : soit huit à dix jours de salicylate, cinq jours de pyramidon et ainsi de suite. Quelquefois, et je pourrais en citer maints exemples, on voit la température, qui se maintenait pendant la période de salicylate, tomber très rapidement et même brusquement lorsque l'on donne le pyramidon. Dans certains cas, l'apyrexie ainsi obtenue est définitive ; mais assez souvent on voit la fièvre subir une nouvelle ascension et retomber définitivement au moment de la reprise du salicylate ; parfois aussi c'est le pyramidon seul qui semble agir.

Schottmüller, dans le rhumatisme articulaire, Poynton et Schlesinger, dans la chorée, ont aussi donné le pyramidon, mais à fortes doses (2 gr. à 2 gr. 50 par jour chez des enfants de 10 à 15 ans). Pour ma part, je ne dépasse pas 0,60 à 0,90 cgr. chez l'enfant, en trois prises; et j'ai des résultats souvent excellents. Je ne le donne que pendant peu de jours consécutifs, entre les cures salicylées, à ces faibles doses ; et je n'ai jamais eu la moindre menace d'hypo ou d'agranulocytose.

Voici un exemple typique. Le jeune Dem..., Guy, 10 ans et demi, a commencé à être malade en juin 1935 ; il a quelques douleurs, de la fièvre, de la dyspnée. Le 13 juillet, le médecin, frappé par sa pâleur et les arthralgies qu'il présente, lui donne du salicylate ; la température tombe. Cependant le malade entre dans mon service le 22 juillet avec une reprise de la fièvre, de la tachy-arythmie, un souffle systolique de la pointe et un souffle diastolique de la base ; la température persiste ; on constate un bruit de galop, des signes de péricardite avec un énorme cœur à l'examen radiologique, un gros foie. On pense à un épanchement péricardique ; mais par deux fois la ponction est blanche. Le salicylate longtemps donné à forte dose paraît inactif dans ce cas. L'état général ne cesse de s'aggraver, malgré le repos absolu imposé depuis le début de l'hospitalisation. Le 9 octobre, après trois mois de maladie, on donne le pyramidon à la dose de 0,90 cgr. par vingt-quatre heures (en trois cachets de 0,30 cgr) : la température tombe aussitôt ; toute évolution morbide cesse ; le cœur se stabilise. L'enfant a continué à être maintenu au repos dans sa famille pendant environ six mois ; mais aucun incident ne se reproduisit. L'année suivante, ce jeune garçon fit de nouveau un court séjour dans mon service pour des accidents très passagers de défaillance cardiaque. Depuis lors il se présente régulièrement à ma consultation ; nous l'avons vu cette année encore, dans un état satisfaisant de santé, malgré un gros cœur et des lésions orificielles.

Enfin une *médication de choc* peut être utile dans les formes graves. Après essai de diverses méthodes, je me suis arrêté à *l'auto-hémothérapie* ; et plusieurs fois c'est après avoir fait tous les deux jours une reinjection de sang que j'ai vu se stabiliser des rhumatismes graves et compliqués.

Tels sont les traitements que j'applique dans la maladie de Bouillaud ; la nature des médications a de l'importance ; mais la manière de les employer n'en a pas moins ; et j'insiste sur la nécessité d'un traitement précoce et suffisant, des cures discontinues de salicylate dans les cas sévères, et sur l'utilité du pyramidon chez certains malades.

Je ne parle pas du traitement des cardiopathies par la glace et par les toni-cardiaques ; c'est là une toute autre question dont nous n'avons pas à nous occuper ici.

Les accidents de la médication salicylée sont de divers ordres : il y a les petits accidents d'intolérance, intolérance gastrique, bourdonnements d'oreilles, etc. Ils ne doivent pas empêcher le traitement tant qu'ils sont supportables, à la condition que l'on surveille l'élimination du salicylate et que l'on s'assure par un contrôle quotidien qu'il n'y a pas de menace plus grave.

Mais ce que l'on redoute c'est l'*acidose salicylée*. Danielopoulo soutenait qu'en donnant des doses doubles de bicarbonate de soude, on est à l'abri de l'acidose ; c'est vrai le plus souvent, mais non toujours. Henri Bénard a fait remarquer avec raison que si l'intolérance est fréquente, l'acidose est rare. Il n'en est pas moins exact qu'elle existe et peut entraîner la mort. Encore faut-il la prouver et ne pas l'admettre sur de simples présomptions symptomatiques. Tout récemment, une enfant entrait dans mon service avec un rhumatisme cardiaque d'emblée ; elle n'était malade que depuis quelques jours et déjà elle présentait des signes d'endocardite mitrale. Cependant l'état général était satisfaisant. Après trois ou quatre jours d'un traitement salicylé à des doses moyennes, elle présentait brusquement de l'agitation, de la dyspnée avec une respiration superficielle entrecoupée de profonds soupirs. J'étais tout prêt à admettre l'acidose ; mais la réserve alcaline était élevée ; et il s'agissait, comme la suite des événements l'a prouvé, d'une brusque décompensation cardiaque avec œdème pulmonaire, sans doute à l'occasion de l'évolution d'une péricardite ; j'ajoute que si la saignée, les injections intraveineuses d'ouabaïne et la médication opiacée la mirent hors du danger immédiat, la fièvre, qui continuait, tomba d'une manière définitive dès qu'on reprit le salicylate, nouvelle preuve de son action dans un cas qui s'annonçait comme très grave.

Dans une autre de mes observations où la mort survint avec des symptômes certains d'acidose, il se produisit en même temps une défaillance cardiaque dont le rôle dans la terminaison fatale fut peut-être prépondérant.

Il importe donc de surveiller de près les malades, de contrôler l'élimination urinaire du salicylate, et, en cas d'acidose, de supprimer le salicylate, d'intensifier la médication alcaline et de prescrire l'insuline, mais aussi de vérifier par les réactions utiles la réalité de l'acidose, qui demeure rare, et dont la crainte ne doit en aucune manière empêcher un traitement dont l'utilité est depuis longtemps établie.

Je me suis efforcé de montrer que le salicylate mérite sa réputation de médicament par excellence du rhumatisme franc, de la maladie de Bouillaud. Il agit sur la maladie même et non seulement sur les arthralgies. Il échoue quelquefois ; car il y a, surtout chez l'enfant, des formes malignes ; il ne faut pas pour cela conclure à son inefficacité habituelle, à son inaction totale sur les accidents viscéraux. Il doit être prescrit de bonne heure et à des doses utiles. Trop souvent, ce n'est que tardivement et lorsque des complications sont déjà en pleine évolution qu'on commence à l'administrer avec une excessive timidité ; ce n'est pas alors qu'on doit en attendre de très bons résultats ; mais ce n'est pas une raison pour ne pas lui demander une aide qui peut encore être utile. Plutôt que de semer le doute chez les médecins, mieux vaut leur apprendre à manier le salicylate et ses adjuvants.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

28 *octobre* 1942. — SÉRANE. Néphropathies hématuriques et néphrite hématurique.

3 *novembre* 1942. — Mlle ROULE. Les médecins du jardin du roi aux XVIIe et XVIIIe siècles.

4 *novembre* 1942. — M. CHEVESSIER. Contribution à l'étude de la môle disséquante. — M. LERMAN. L'encéphalographie dans les atrophies cérébrales. — M. MERCIER. Contribution à l'étude de la cuti-réaction tuberculinique. — M. QUÉMÉRÉ. Les aménorrhées de guerre. — M. BILLOET. La kinesithérapie dans la ptose gastrique. — M. APKARIAN. La question des leucoses benzoliques. — M. HORIOT. La vitamine PP du sang. Méthodes de dosages. Taux normaux. — M. POTTIER. Etudes comparatives des taux sanguins et urinaires de vitamine C au cours des épreuves de saturation. — Mlle JURAIN. Septicémie à bacillus funduliformes de l'avortement.

(Voir la suite des Actes de la Faculté page 8)

LA LABILITÉ DE L'INDEX DIASTOLIQUE AUSCULTATOIRE DANS LES MALADIES INFECTIEUSES

Par MM. G. Giraud, J.-M. Bert et A. Maleki (de Montpellier)

L'auscultation de l'artère humérale au-dessous d'un manchon pneumatique dans lequel on effectue progressivement la décompression, fait percevoir, on le sait, une série de tonalités successives. Ces tonalités se divisent en quatre phases. De légers tons mats constituent la première qui, bien que parfois difficilement perceptible à son début, est absolument constante. Cette phase est suivie d'une série de souffles « constants et légers », selon l'expression de Bard, auxquels succèdent bientôt des tonalités beaucoup plus nettes, vibrantes, sonnant à l'oreille dit Gallavardin, comme des chiquenaudes sur un tambourin ou comme des coups de gong. L'intensité de ces bruits s'accroît d'abord, puis décroît pour faire place à une quatrième et dernière phase constituée par des bruits légers et sourds qui s'atténuent et disparaissent eux-mêmes rapidement.

Si tout le monde est d'accord pour situer l'index systolique auscultatoire dès la perception des premiers bruits artériels, la lecture de l'index diastolique est beaucoup plus discutée. Certains auteurs, avec Korotkow, le placent, en effet, au moment de l'extinction complète des bruits artériels, d'autres avec Fischer, Dehio, Laubry, Tixier et actuellement la majorité des cliniciens, le situant à l'union des troisième et quatrième phases stéthacoustiques.

Ces tonalités peuvent subir, d'autre part, dans leurs caractères et leur durée, des variations physiologiques ou pathologiques telles que les index tensionnels peuvent paraître déplacés ou l'être effectivement. Parmi ces variations, il faut citer l'élévation transitoire de l'index systolique au cours des premières notations (Lian), le raccourcissement ou la disparition de la quatrième phase chez les sujets âgés, les scléreux et les pléthoriques, son allongement insolite chez les sujets jeunes à artères souples et à pression artérielle basse, les anémiques, les asthéniques, les convalescents.

L'un de nous (Giraud) a remarqué, et nous avons précisé dans divers travaux, l'existence chez certains sujets d'une labilité tensionnelle provoquée, s'exprimant par un abaissement de l'index diastolique auscultatoire dans la position d'extension de l'avant-bras. Le phénomène se met en évidence de la façon suivante : La pression artérielle ayant été notée par la méthode auscultatoire dans les conditions habituelles (brassard à la hauteur du cœur, avant-bras très légèrement fléchi sur le bras), on effectue, le manchon et le stéthoscope restant en place, une deuxième mesure, l'avant-bras étant placé cette fois en position d'extension complète sur le bras. Dans ces conditions, on perçoit pendant la décompression, comme au cours de la première mensuration, les quatre phases classiques de tonalités. Deux variations, cependant, peuvent être observées. La première, assez exceptionnelle, consiste dans l'assourdissement des premières tonalités qui peut conduire à la notation d'un index systolique abaissé de cinq à dix millimètres par rapport à la première mensuration. La seconde est constituée par la prolongation insolite et parfois le renforcement des tons cinglants de la troisième phase qui ne s'effacent plus lorsque la décompression atteint le niveau qui correspondait précédemment à l'index de la minima, et peuvent se prolonger ainsi sous des contre-pressions inférieures de 1 à 4, parfois 6 centimètres au-dessous de cet index.

Ce phénomène, que nous avons rencontré chez des sujets d'âge divers mais plus fréquemment chez des jeunes, s'observe soit de manière permanente, chez certains asthéniques, déprimés constitutionnels, dystoniques, hypotrophiques, soit de façon passagère chez des convalescents, des anémiques et au cours de maladies infectieuses.

Dans ce dernier domaine nos recherches ont porté systématiquement sur de nombreux malades pris au hasard dans un service de maladies contagieuses. Chez un grand nombre d'entre eux, 60 pour 100 environ, nous avons observé avec une très grande netteté l'abaissement tensionnel diastolique par l'hyperextension de l'avant-bras.

Certains des sujets présentant ce phénomène étaient des enfants de 5 à 6 ans, d'autres des adolescents de 15 à 20 ans, quelques-uns, enfin, des adultes de 20 à 35 ans. Les uns et les autres ressortissaient à deux groupes très distincts : la plupart d'entre eux étaient physiquement sains, exempts de tares viscérales et de perturbations neurotoniques. C'étaient pour la plupart de jeunes soldats, jusque-là en parfaite santé, et qui avaient contracté à la caserne la rougeole ou les oreillons. Chez les autres, il existait, au contraire, des affections chroniques, rachitisme, hypotrophie générale, ou des dystonies neuro-végétatives, émotivité, tachycardie, instabilité neuro-psychique.

Les sujets normaux ou anormaux chez qui nous avons observé la labilité tensionnelle diastolique par hyperextension de l'avant-bras au cours d'une infection aiguë, conservent presque toujours cette tendance pendant un temps très prolongé ; nous l'avons presque toujours retrouvé chez eux après plusieurs semaines de convalescence. Chez quelques-uns, cependant, le phénomène, bien que très net, a été très passager et a disparu par exemple au décours de la phase éruptive d'une rougeole. Aucun niveau tensionnel, aucune formule ne nous ont paru être l'apanage de ce phénomène. Chez nos malades, les index auscultatoires notés avant l'épreuve, en position classique, variaient de 14 à 8 pour l'index systolique, de 7 à 5 pour l'index diastolique, avec des différentielles variant de 5 à 7 centimètres. En dehors même des maladies infectieuses, d'ailleurs, nous avons noté l'abaissement diastolique par hyperextension de l'avant-bras aussi bien chez des hypertendus que chez des sujets à tension très basse.

***

Ce phénomène de labilité tensionnelle diastolique provoquée s'apparente par sa nature à une autre anomalie stéthoscopique artérielle caractérisée par la prolongation des tons cinglants de la troisième phase pendant tout ou partie de la quatrième, cette disposition persistant dans toutes les positions usuelles d'auscultation de l'humérale et non pas seulement dans l'extension de l'avant-bras. Cette anomalie (comme le phénomène que nous décrivons), s'observe principalement, écrit Gallavardin, chez des sujets jeunes, à cœur éréthique, et à paroi artérielle élastique, dans les insuffisances aortiques, chez les convalescents de pyrexies, dans le décours des hémorragies, etc. La parenté symptomatique des deux signes est donc évidente.

L'interprétation pathogénique du signe de l'abaissement provoqué de l'index diastolique est lié à la connaissance de l'origine des bruits artériels perçus au cours de la décompression progressive de l'humérale, en aval du manchon de compression. Pour Ph. Fabre, ces bruits, si l'on excepte les bruits de souffle dus à la « vibration du filet sanguin délié qui s'épanouit dans la cavité diastale de l'artère », relèvent de deux origines : les tons dits d'ouverture, en rapport avec la production de coups de bélier d'ouverture, sont dus au choc brusque du flot de sang qui, ouvrant l'artère, bute brusquement en aval de la zone comprimée contre l'onde stagnante sous-jacente ; les tons dits de fermeture, liés à l'existence de coups de bélier de fermeture, contemporains de la diastole vasculaire, résultent d'une aspiration violente consécutive à l'injection brusque du sang de l'ondée systolique dans une cavité peu remplie. Cette aspiration accole la paroi vasculaire au-dessous de la compression et fait vibrer intensément la colonne de liquide ainsi brusquement freinée en amont.

Le bien-fondé de ce mécanisme est attesté par l'expérience suivante due à Fabre : si l'on entrave la circulation en aval du manchon de compression, au-dessous du stéthoscope, par la mise en place d'un deuxième manchon, on observe le renforcement des tonalités d'ouverture et au contraire l'amortissement des tonalités de fermeture. Ceci s'explique par la fixation de la colonne liquide qui résiste plus intensément au choc de l'onde systolique et par le même coup, bloquant le jet distal, l'empêche de produire son aspiration.

La nature des tonalités perçues à l'auscultation d'une artère sous des compressions déterminées varie selon les individus ; elles sont, en effet, fonction de l'état du cœur et du tonus vasculaire. Chez les sujets à impulsion cardiaque énergique et à grande souplesse artérielle, les tons artériels ressortissent aux deux origines, tons de fermeture sous les compressions élevées, tons d'ouverture sous les compressions faibles. Chez d'autres sujets dont la circulation périphérique est lente, dont le pouls est plein, lentement décroissant, anacrote, et la circulation capillaire encombrée, la paresse circulatoire atténue ou supprime l'aspiration et les tons de fermeture qui en résultent. Chez de tels sujets la plupart des bruits sont des souffles ou des tonalités d'ouverture. L'inverse s'observe chez les sujets à pulsation faible, peu énergique, faiblement « percutante » selon l'expression de Fabre, chez qui le segment distal, rapidement vide de sang, n'oppose aucune résistance à l'ondée systolique et favorise au contraire l'aspiration. Ici les bruits stéthoscopiques sont presque exclusivement constitués par des tonalités de fermeture.

Ces faits permettent de comprendre par quel mécanisme l'extension de l'avant-bras sur le bras modifie le rythme ordinaire des tonalités artérielles. L'hyperextension, par l'étirement et l'expression artérielle qu'elle détermine, accélère l'évacuation du segment distal à la condition qu'il existe une bonne perméabilité du réseau capillaire et une grande souplesse artérielle. Dans ces conditions, il se produit un effacement des tons d'ouverture s'il en existe, et un renforcement considérable des tons de fermeture qui deviennent perceptibles au cours et au delà de la quatrième phase stéthoscopique.

La production du phénomène de l'abaissement tensionnel diastolique auscultatoire implique donc l'existence de deux conditions simultanées : l'une accidentelle et fortuite, l'hyperextension de l'avant-bras, l'autre fondamentale, constituée par l'ensemble des dispositions qui assurent un régime artériel comportant des tonalités de fermeture sous une basse compression. Ces dispositions, faiblesse de l'onde systolique, fluidité sanguine, élasticité pariétale et vacuité artérielle sont réalisées d'une façon habituelle pendant les maladies infectieuses, ce qui explique que nous ayons observé avec tant de fréquence le phénomène de la labilité de l'index diastolique au cours de leur évolution.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Suite de la page 7)

THESES DE MEDECINE

11 novembre 1942. — M. Fribourg-Blanc. La vaccination contre le typhus exanthématique par la méthode de P. Durand et P. Giroud. (Développement des Rickettsies dans le poumon de lapin.) — M. Kambouroff. Etude du bacille de Koch soumis à l'action des radiations ionisantes des corps radioactifs et son application en thérapeutique humaine. — M. Thobie. Etude clinique de l'ulcère gastro-duodénal perforé bouché.

12 novembre 1942. — M. Le Rumeur. Les rechutes dans le syndrome de Guillain et Barré. Essai sur ses caractères immunologiques. — M. Jus. L'électrochoc en psychiatrie.

25 novembre. — Mlle Beaujard. Le traitement de la peste par les sulfamides. — Mlle Alhine. De l'intérêt nosologique du syndrome d'Ortner.

ACTUALITÉS

LA POLÉMIQUE DU SALICYLATE

par M. Rémy Levent

Elle se réveille de temps à autre. Dernièrement c'était à la Société de Pédiatrie, où, sans nier la valeur du médicament dans les arthropathies et les accidents fluxionnaires, M. Hurez, l'auteur du rapport, à l'occasion d'expériences personnelles, se montrait plus que sceptique quant à son efficacité dans les séquelles anciennes, les accidents viscéraux et surtout les accidents cardiaques.

L'auteur représentait même le salicylate de soude comme un médicament dangereux dont il vaut mieux s'abstenir.

Il est certain qu'il survient des accidents, parfois inopinés, graves et même mortels avant que la gravité de la menace ait pu même être perçue. Les faits allégués n'ont cependant pas paru nouveaux dans leur essence ni devoir bouleverser la pratique jusqu'ici usitée.

L'aspect clinique des accidents, dont l'origine n'est pas niable, présente un certain parallélisme avec l'état humoral qui est normal dans les cas légers et évolue au contraire vers l'acidose et la cétose dans les cas graves, qui peuvent être inopinés et évoluer vite. Les accidents légers ne sont qu'un avertissement d'avoir à surveiller de près, si on ne le faisait déjà, l'état des urines.

Ce sont surtout les signes respiratoires qui donnent l'alarme : avec ou sans cyanose s'établit une dyspnée de type Kussmaul, semblable à celle du coma diabétique. Le malade présente en même temps de la céphalée, des hémorragies, épistaxis particulièrement et surtout des signes nerveux : inquiétude, agitation, insomnie, angoisse, délire ; plus souvent asthénie, somnolence, vomissements, confusion mentale ; enfin coma avec haleine d'odeur acétonique comme dans le coma diabétique.

En même temps on trouve de l'acétone dans le sang et dans les urines, la réserve alcaline s'abaisse ; il y a ammoniurie élevée, résistance à l'alcalinisation, abaissement du rapport chloré érythro-plasmatique. Quelquefois les corps acétoniques manquent et le pH reste normal. L'hypoglycémie fréquente pendant les traitements salicylés fait souvent place à l'hyperglycémie.

Eclatant chez des sujets normaux après 16 à 20 jours, les accidents sont plus précoces chez l'enfant, chez les anémiques, les porteurs de tares hépatiques ou rénales ; quarante-huit heures parfois suffisent.

Il y a des variétés cliniques — formes surtout cétosiques ou surtout acétosiques ; le plus souvent il y a combinaison acido-cétosique.

La plupart des auteurs ont noté l'importance du facteur individuel et des tares, la continence relative des délais et des doses ce qui tendrait plutôt à atténuer la valeur des accusations portées contre le médicament.

Y a-t-il là de quoi proscrire entièrement le salicylate? Les accidents sérieux sont, à n'en pas douter, peu fréquents. De plus on peut les prévoir : sans aller jusqu'aux mesures de réserve alcaline, de pH, de glycémie qui dépassent souvent les moyens de la pratique courante, l'examen des urines au perchlorure de fer donne deux notions connexes : élimination du médicament et présence anormale de corps cétoniques, qui commandent les décisions à prendre. Une surveillance aussi aisée devra être quotidienne. Enfin l'examen complet du sujet permet souvent de déceler les tares hépatiques ou rénales qui contre-indiquent dans une mesure variable ou doivent faire suspendre la médication.

Les moyens préventifs ou curatifs ne manquent pas non plus. La prudence posologique n'est pas une garantie illusoire quoi qu'on dise et les doses raisonnables présentent moins de risques que les doses trop généreuses. Ce qui ne dispense pas d'agir assez fort et assez tôt pour agir moins longtemps ; les posologies moyennes sont à la fois prudentes et efficaces. Il faut éviter aussi les prolongations indéfinies auxquelles peut inciter une apparence d'inefficacité. Interrompre entièrement quelques jours pour reprendre à pleine dose est préférable; l'imprégnation fléchit et l'efficacité ultérieure s'accroît comme l'on constamment observé ceux qui agissent selon cette méthode.

Quoique parfois discutée il semble que l'alcalinisation par le bicarbonate en quantité double du salicylate n'est nullement un préjugé inutile. C'est d'ailleurs l'alcalinisation qui est le traitement d'urgence des accidents acido-cétosiques. L'injection intraveineuse de bicarbonate associée au traitement glucose-insuline en est l'élément cardinal et son efficacité est assez habituelle pour que toute appréhension systématique d'impuissance soit sans fondement.

Un risque subsiste, pourtant, qu'à en croire la critique, il est excessif de courir pour n'avoir que des résultats douteux si même ils existent. Seuls les accidents articulaires et les poussées aiguës sur les séreuses comportent le salicylate.

A l'ensemble des cliniciens une telle prudence a paru excessive. Sur des cardiopathies anciennes, stabilisées, cicatricielles le salicylate de Na ne peut plus rien. Personne ne lui demande plus rien — même sans doute les cardiologues ; son heure est passée et sa prescription, même par respect des traditions, inutile.

Pour des cardiopathies saisies à leur début, quel que soit l'âge du malade, littérature et souvenirs de praticiens s'accordent à reconnaître l'efficacité fréquente du salicylate de Na. A mesure que l'observation clinique s'est affinée, et surtout prolongée, il est remarquable que plus nombreux ont été les cas où une cardiopathie organique authentique et dûment constatée a été vue rétrocéder. Evolution qui a pu demander des mois mais guérison qui s'est avérée solide après des années. Les observations existent où le dédain du médicament et l'aggravation concomitante de troubles forment une sorte de contre-épreuve. Il semble donc que les risques d'amélioration surpassent les chances d'accident.

De même dans les formes évolutives où le médicament paraît souvent insuffisant ou impuissant. La cure avec interruption raisonnée, les traitements associés et adjuvants, la prolongation du repos permettent de tirer moins mauvais parti de l'état premier qu'on aurait cru d'abord, à condition de savoir bien se servir du médicament.

Les formes extra-articulaires, les formes viscérales pures, les forme larvées ou fébriles pures de la maladie rhumatismale, plus fréquentes depuis qu'on sait les trouver, sont souvent des triomphes du salicylate ; et là on ne semble pas l'avoir accusé d'aucun méfait.

Une sorte de présomption étiologique tend à résulter du succès du traitement, présomption que l'avenir a parfois confirmée. Au cours de la récente discussion un maître, dont l'expérience et la mémoire sans défaillance font autorité, a pu, sans éveiller de protestations, dire qu'on ne donnait pas assez souvent le salicylate et que maints accidents fébriles de nature non reconnue n'étaient que des cas larvés d'infection rhumatismale dont seul le salicylate avait raison et rapidement raison.

Sans doute le procès du salicylate reviendra-t-il devant la Cour ; l'ambiance de la récente audience lui fut incontestablement favorable.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

Séance du 8 juin 1942

Immunisation du cheval au moyen du virus de la vaccine privé de virulence par l'action du formol et de la chaleur (anavirus). Propriétés anti-infectieuses du sérum. — MM. Gaston Ramon, Paul Boquet et Rémy Richou.

Séance du 15 juin 1942

Remarques sur l'influence de l'oxygène dans la fermentation du jus de choucroute. — MM. Auguste Sartory, Benoit Wurtz et Fawsi Hanna Moussa. — Pour obtenir le meilleur rendement au point de vue alimentaire de la choucroute, il importe de consommer celle-ci lorsqu'elle renferme un taux de sucre maximum ; cette valeur est atteinte en moyenne après une douzaine de jours lorsque le produit est soumis à une aération suffisante pour permettre le développement des micro-organismes s'attaquant activement à la cellulose. Ce temps est valable pour le produit commercial courant prêt à être consommé. Il importe de ne pas le dépasser car le taux du sucre baisse rapidement après avoir atteint son maximum. Enfin, en raison de la teneur assez importante du jus de choucroute en sucres, les consommateurs ont tout intérêt à ne pas le jeter, contrairement à la pratique courante.

Séance du 22 juin 1942

Action des métalloïdes sur les oxydes basiques. — MM. Marcel Lemarchand et Ladislas Schwartz.

Séance du 29 juin 1942

Sur l'activation et l'inhibition des phosphatases par l'ion magnésium. — MM. Jean Roche et Nguyen van Thoai.

ACADEMIE DE MEDECINE

Prix décernés en 1942 (*Suite*)

(Voir *Gazette des Hôpitaux*, n° 36, p. 460)

Récompenses pour le service de l'hygiène et des maladies contagieuses. — 1° *Rappel de médaille d'or* : M. Mans (d'Amiens). — 2° *Médaille de vermeil* : M. Triollet (de Nantes). — 3° *Médailles d'argent* : M. le Préfet de la Corse et MM. Pelletier (de Lille), et Vidal (de Lille). — 4° *Médailles de bronze* : Mlles Leclerc (de Paris), Pougeoise (d'Amiens), Regnault (de Lille), Solente (de Lisieux) et MM. Baissette (d'Evreux), Doyen (de Paris), Eckert (de Laon), Hyronimus (de Mézières) et Tourret (de Paris).

Service de la tuberculose. — 1° *Médailles d'argent* : M. le vicomte de Bonneval (de Châteauroux) ; Mme Arnaud (de Paris) et MM. Amsler (d'Angers), Lafosse (de Paris), Pontet (de Lyon) et Vaillant (d'Arras). — 2° *Médailles de bronze* : Mmes Besnier (de Paris), Dugüe (de Choisy-le-Roi), Joubert (de Couhé-Vérac), Leu-Cauvin (de Nice), Marlouiset (de Toury), Menet (de Marchiennes), Mirande (de Beauvais) ; Mlle Barthélemy (de Reims) ; MM. Chabaud (de Reims), Coupu (de Lamballe), Derommelaere (de Paris), Massias (de Poitiers), Ringart (de Brévannes), Rodon (d'Ouzouer-sur-Trézée), Salmon (de Châteaurenard) et Vovard (de Bordeaux).

Service de l'hygiène de l'enfance. — 1° *Médailles d'or* : MM. Ginestous (de Bordeaux), Roueche (de Paris). — 2° *Rappel de médailles de vermeil* : Mme Nicot (de Paris) ; MM. Briskas (de Paris), Rondeau (de Fougères). — 3° *Médailles de vermeil* : MM. Camus (de Vincennes), Laporte (de Paris), Nègre (de Paris), Renaudeau (de Paris). — 4° *Rappel de médailles d'argent* : Mère Isabelle du Saint-Sacrement (de Levallois-Perret) ; Mlle Moreau (de Paris) ; MM. Cayla (de Neuilly-sur-Seine), Florand (de Paris). — 5° *Médailles d'argent* : Mmes Bonhomme (de Paris), Chauvineau (de Paris), Collin du Bocage (de Paris), Parchine (de Paris), Vallot (de Paris), Mère Catherine du Saint-Sacrement (de Levallois-Perret) ; Mlles Chemineaud (de Montreuil-sous-Bois), Comby (de Paris), Duchateau (de Paris), Lépine (de Paris) ; MM. Augières (de Chambéry), Bethoux (de Grenoble), Bouissy (de Paris), Chevalley (de Paris), Collet (de Paris), M. Coyne (de Colombes), M. Joseph (de Paris). — 6° *Rappel de médailles de bronze* : Mme Lambert (de Paris) ; Mlles Barat (de Montpellier), Nazon (de Paris), Saint-Père (de Paris). — 7° *Médailles de bronze* : Mmes Bergeret (de Saacy-sur-Marne), Hayes (de Paris), Joseph (de Paris), Labadie (de Paris), Loison (de Paris),

Ogliastri (de Paris), Picheux (de Paris), Pokitonow (de Neuilly-sur-Seine), Simonin (de Paris), Theuveney (de Paris) ; Mlles Bauer (de Paris), Bois (de Paris), Duchemin (de Montreuil-sous-Bois), de Fontenay (de Levallois-Perret), Jurieu de la Gravière (de Levallois-Perret), Lahaye (de Paris), de Lavit (de Paris), Lebrun (de Paris), Lequeux (de Paris), Petot (de Paris), Poinsignon (de Paris), Pougeoise (d'Amiens), Provendier (de Paris), Puaux (de Paris), Renard (de Paris), Richard (de Paris), Schaeffer (de Montreuil-sous-Bois), Siat (de Montreuil-sous-Bois), Vilain (de Paris) ; MM. Blaive (d'Arras), Charousset (de Paris), Delattre (d'Amiens), Deumié (de Samatan), Diriart (de Paris), Laboureau (de Paris), Muller (de Belfort), Panou (de Niort), Rossier (de Paris), Rousseau (de Luzancy), Trivas (de Niort), Vanbockstael (de Vincennes).

Service des eaux minérales. — 1° *Médailles d'or* : MM. Aine (de Châtel-Guyon) Blanc (d'Aix-les-Bains), Chabrol (de Paris), Creyx (de Bordeaux), Lescœur (de Vichy), Perpère (du Mont-Dore), Rimattei (de Marseille). — 2° *Médailles de vermeil* : MM. Bergouignan (d'Evian), Claude (du Mont-Dore), Cruveilhier (de Paris), Guillerd (de Paris), Mallein (de Saint-Gervais), Mathieu de Fossey (de Vichy), Walter (de Vichy). — 3° *Rappel de médaille d'argent* : M. Max Vauthey (de Vichy). — 4° *Médailles d'argent* : MM. Baumann (de Châtel-Guyon), Chauveau (d'Arcachon), André Debidour (du Mont-Dore), Dufourt (de Vichy), Roubeau (de Vichy), M. Salles (de Bagnères-de-Luchon), Valette (de La Bourboule). — 5° *Médailles de bronze* : MM. Jean Camus (de Vichy), Guinard fils (de Vichy), Pierre Molinéry (de Bagnères-de-Luchon.

Service de la vaccine. — I. *Vaccination antivariolique.* — 1° *Rappel de médailles d'argent* : MM. les Drs Fenard (de Paris), Pourquier (de Montpellier). — 2° *Médailles d'argent* : MM. les Drs Batisse (de Paris), Bardet (de Paris), Bertrand (de Paris), Bertrandon (de Paris), Dally (de Paris), Faroy (de Paris), Fasquelle (de Paris), Ferry (de Paris), Fouquet (de Paris), Guerrier (de Paris), Kudelski (de Paris), Lecerf (de Paris), Verdier (de Paris) ; Mmes les Drs Caussé (de Paris), Tissier (de Paris), Chauvineau (de Paris), M. Sauque (de Thiais). — 3° *Rappels de médailles de bronze* : MM. les Drs Baldy (de Paris), Drudin (de Paris), Lambert (de Paris), Rousseau (de Paris), Vallée (de Paris), Trocmé (de Paris) ; Mmes Girard (de Paris), Pauline (de Paris). — 4° *Médailles de bronze* : MM. les Drs Chalard (de Paris), Laurent (de Paris) ; MM. Célestin (de Courbevoie), François (de Paris) ; Mlle Rouillaud (de Paris).

II. *Vaccination antidiphtérique.* — 1° *Médaille de vermeil* : M. le Dr Heuyer (de Paris). — 2° *Médailles d'argent* : MM. Berrod (de Paris) ; Chataigneau (de Paris) ; Mme Rousseau (de Paris). — 3° *Rappel de médaille d'argent* : Mme Le Connétable. — 4° *Médailles de bronze* : Mlle Laurence (de Rouen) ; M. Roger (de Rouen).

Séance du 15 décembre 1942

Le gaspillage des protéines d'origine animale. — M. Martel. — Nous manquons actuellement de matière grasse et de protéine. On ne voit plus ni porcs, ni chevaux dans les étaux. Le poisson est rare. Le lait écrémé arrive mal au consommateur. On envoie à l'équarrissage ou aux fauves des tonnes de viandes maigres. Ces viandes renferment un taux de protéine non négligeable. M. Martel demande que ces centaines de tonnes de viande soient vendues à l'abattoir sous le contrôle vétérinaire sans l'intervention de concessionnaire industriel ou commercial.

Le blé est-il rationnellement utilisé dans la fabrication actuelle du pain ? — M. Perrot. — Dans une très importante communication l'auteur démontre, avec chiffres à l'appui, que dans la fabrication du pain intégral, indigeste et malfaisant, qu'on obtient avec la poudre totale du grain, le blé est mal utilisé. En effet, 15 % de son poids (son) sont totalement non digérés, tandis que donnés aux volailles et surtout au porc, on les transformerait en viande et en graisse. Cet appoint serait très appréciable puisque si l'on peut libérer ce son, on estime son poids à 3 et 4 millions de quintaux.

Or, par addition de 3 % d'eau à la farine blutée à 85 % et 3 % d'un amidon étranger, on obtient le même poids de pain blanc, d'un volume beaucoup plus grand, de valeur comestible plus élevée et sans danger pour la muqueuse intestinale.

Tuberculose de la rate dans la maladie de Vaquez. — MM. N. Fiessinger, R. Leroux et J. Grislain après avoir rapporté l'histoire d'une maladie de Vaquez suivie depuis cinq ans, dont la période terminale, attribuable à une tuberculose généralisée, se signale par la prédominance des lésions au niveau de la rate, rappellent la fréquence des tuberculoses spléniques dans la maladie de Vaquez et en discutent les raisons. Dans certains cas à début érythro-leucémique, on peut penser que la tuberculose est primitive, mais le plus souvent elle paraît nettement secondaire et tardive, la prépondérance lésionnelle sur la rate apparaissant comme la conséquence du véritable surmenage fonctionnel que subit cet organe dans la maladie de Vaquez.

L'imprégnation par la nicotine dans les locaux enfumés. — M. R. Fabre et Mlle H. Perdreau ayant effectué des dosages de nicotine dans les urines de sujets non fumeurs séjournant dans une atmosphère enfumée, ont retrouvé des quantités de cet alcaloïde, supérieures parfois au milligramme, et démontrant ainsi la possibilité de l'imprégnation par la nicotine par séjour dans une telle atmosphère. Les auteurs émettent le vœur que soit mise en vigueur l'ordonnance du Préfet de Police, en date du 1er janvier 1927, relative à l'interdiction de fumer dans une salle de spectacle.

La lutte contre la trypanosomiase. — M. Muraz, dans une note présentée par M. Tanon expose l'action du service général autonome de la trypanosomiase en A. O. F. et au Togo pendant trois ans.

Election du bureau pour 1943. — M. Emile Perrot est élu vice-président ; M. Georges Brouardel est réélu secrétaire annuel ; MM. Lesage et Petit sont élus membres du Conseil.

M. Balthazard, vice-président en 1942, devient de droit président en 1943 en remplacement de M. Guillain.

Séance du 22 décembre 1942

Rapport au nom de la Commission de la Vaccination Antityphoïdique. — M. Tanon. — L'âge fixé actuellement par la loi du 25 novembre 1920 est 10 ans. Le ministre de la Santé Publique demande s'il n'y a pas lieu d'abaisser cet âge. La commission, sur l'avis de ses membres et de M. Lemierre est d'avis qu'il n'y a pas d'inconvénient à l'abaisser à l'âge de 2 ans.

La commission propose à l'Académie, qui l'adopte, de fixer ainsi les doses à employer :

De 2 à 6 ans : 2/10 de cm³, 4/10, 4/10.
Dc 6 à 10 ans : 3/10 de cm³, 3/10, 4/10, 5/10.
De 10 à 15 ans : 4/10 de cm³, 4/10, 1/2, 1.
A 20 ans et plus : 1/2 cm³, 1/2, 1, 1,5.
Avec le vaccin de l'Institut Pasteur.

Rapport au nom de la Commission des Substances Vénéneuses. — M. Fabre demande et obtient l'inscription du chloralose au tableau C.

La méthode des vaccins à l'éther. Preuves de son exceptionnel pouvoir immunigène chez l'homme. — M. H. Vincent. — « J'ai signalé que les agents chimiques les plus divers ont une action défavorable sur les vaccins bactériens dont ils neutralisent ou dénaturent les effets. La chaleur modérée atténue elle-même leurs propriétés immunigènes ainsi que je l'ai démontré et que le fait a été confirmé pleinement par divers auteurs et surtout par les importantes expériences comparées qui ont été faites sur l'homme au Maroc et, par les médecins italiens, en Lybie avec le vaccin à l'éther et le vaccin chauffé.

A l'encontre des agents chimiques ou antiseptiques, l'éther n'exerce, en effet, aucune influence agressive ou modificatrice à l'égard des protéides des corps bactériens. Il possède, par surcroît, l'avantage d'en soustraire les lipides libres, abondants et inutiles (qui sont susceptibles de provoquer des réactions locales et générales) et, par conséquent, d'épurer le vaccin.

Ces raisons d'ordre scientifique m'ont conduit à appliquer cette méthode pour la prévention des maladies typhoïdes et du choléra. Douze ou treize millions de sujets des deux sexes et de tout âge ont reçu ces vaccins. Leur puissante efficacité a été démontrée à l'occasion de très graves épidémies ayant sévi de 1910 à 1914 inclus, en France et au nord de l'Afrique, ainsi qu'en de nombreux pays étrangers. *Pendant cette période*, et malgré la sévérité excessive de ces épidémies, *aucun cas de fièvre typhoïde n'a été observé chez les vaccinés*, alors que les non vaccinés offraient une morbidité très élevée, dépassant 80 p. 1.000, 100 p. 1.000 et parfois beaucoup plus. Des résultats semblables ont été constatés en Belgique, en Grèce, en Serbie, au Portugal, en Espagne, etc., avec la même méthode.

Citons un exemple : La terrible épidémie d'Avignon (1912) a donné lieu à plus de 1.000 cas chez les habitants, ce qui équivaudrait pour Paris à 100.000 cas et *à 155 cas, soit 225,60 pour 1.000 et 22 décès* (32,02 *p. 1.000), chez les 687 militaires non vaccinés. Or, il n'a été constaté aucun cas de fièvre typhoïde chez les 500 habitants vaccinés et chez les 1.366 militaires ayant également reçu le vaccin à l'éther.*

En outre, une enquête officielle *faite seize ans plus tard* a établi qu'aucun des habitants vaccinés (hommes, femmes, enfants) n'avait été atteint par les diverses épidémies observées depuis cette époque, à Avignon.

La durée parfois longue de cette immunité a été confirmée par maints observateurs, en particulier à l'Académie de Médecine.

Pendant la même période, de nombreuses épidémies qui ont donné lieu à l'application de cette méthode ont confirmé la protection absolue des vaccinés (Paimpol, Puy-l'Evêque, Marseille, Issoudun, Tours, Montauban, Séville, Torrente, Larissa (Grèce), etc.).

Dans les violentes épidémies très localisées, il en a été de même. Celle de Jargeau (Loiret), en 1913, a donné lieu à la proportion énorme de plus de 700 *cas de fièvre typhoïde pour 1.000 habitants non vaccinés*. Il y a eu *zéro cas chez ceux qui avaient reçu les injections de vaccin à l'éther.*

Il me serait facile de citer de très nombreux exemples semblables observés en France, en Algérie-Tunisie, au Maroc et en pays étrangers. »

Sur la survie des tissus. — M. H. Rouvière a observé la survie de la paroi intestinale de cobayes morts par asphyxie. Il a constaté que l'immersion dans une solution isotonique de NaCl ou dans le sérum de Ringer-Locke, maintenus à une température de 37 à 39°, augmente considérablement la durée de la survie, qui est encore notablement prolongée si l'on oxygénise la solution alors que l'intestin est immobilisé ou que les contractions sont sur le point de s'arrêter.

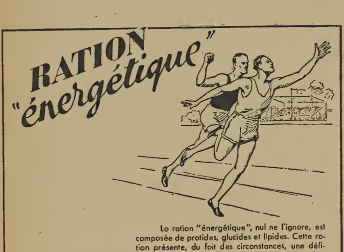
M. Rouvière pense qu'on pourrait peut-être tirer de ses observations une application pratique, par exemple dans le traitement, après l'intervention chirurgicale, de certaines plaies traumatiques, pour ranimer la vitalité des tissus traumatisés et mis à découvert par l'ébarbage de la plaie.

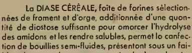
ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 18 novembre 1942

Plaies thoraco-abdominales. Considérations sur six cas. — M. Poinot. — M. Patel rapporte ce travail dans lequel l'auteur discute les voies d'abord.

Deux fractures de l'extrémité supérieure du fémur traitées par enchevillement. — M. Lafitte discute la voie d'abord et croit inutile


RATION
"énergétique"



de sectionner le grand trochanter ; il défend les chevilles en os purum qui lui ont donné d'excellents résultats.

M. Leveuf montre que les greffes d'os purum donne des hyperostoses considérables.

M. Lafitte se demande si l'importance des hyperostoses n'est pas un facteur particulier à chaque cas.

Luxation traumatique de la rotule. Opération de Fèvre et Dupuis. — MM. Du Bourguet et Sergent. — M. Fèvre rapporte cette observation qui concernait une luxation irréductible d'emblée.

M. Leveuf estime que le temps capital était dans la transplantation du tendon rotulien.

M. Mathieu estime qu'il faut séparer luxation traumatique et luxation congénitale ; dans ces dernières, l'opération d'Ali-Krogius serait insuffisante.

M. Huc souligne qu'il est très difficile de séparer chez l'adolescent les luxations congénitales et les luxations traumatiques.

M. Fèvre montre qu'en présence d'une luxation irréductible il faut ou la réduire ou enlever la rotule ; lorsqu'elle est réduite, opération de Roux. En cas de luxation réductible on peut se contenter d'un Ali-Krogius.

Collection biliaire sous-phrénique localisée d'origine parathyphique. — MM. Duroselle et Gaquière discutent l'origine de cette collection : une perforation vésiculaire méconnue paraît probable.

Sur l'augmentation de fréquence des hernies et de leur étranglement en période de restriction. — MM. Braine et Rudler ont établi les statistiques de Bichat et Tenon en 1938 et 1941 ; l'augmentation est de 1 à 4. Les lésions rencontrées sont également plus graves. Les auteurs discutent les résultats des différentes interventions pratiquées.

MM. Sauvé et Lenormant confirment les faits observés par M. Braine.

M. Brocq soulève la question du traitement des hernies crurales étranglées avec sphacèle.

Séance du 25 novembre 1942

Deux observations de volvulus intestinal avec sphacèle de l'anse tordue ayant nécessité des résections étendues et terminées par la guérison. — M. Moreaux. — Rapport de M. Patel.

Chirurgie colique et sulfamidothérapie. — M. Soupault avait avant l'emploi des sulfamides une mortalité globale de 33 % ; depuis l'utilisation de ces produits dix-huit résections ont été faites sans aucune mort immédiate. L'auteur n'a utilisé que la sulfamidothérapie locale en assez grande quantité (20 gr.).

M. Desmarest estime que les désunions observées sont liées non à de l'infection mais à des accidents de sphacèle sur lesquels la sulfamidothérapie ne pourrait agir.

M. Brocq trouve qu'il est difficile d'apprécier à sa véritable valeur la sulfamidothérapie et M. D'Allaines se range à son avis en montrant que tout le danger réside dans les sutures du côlon. Une série de résections en un temps n'a donné aucune mort sans que l'auteur ait utilisé les sulfamides.

Notes sur les inclusions hormonales. Techniques et résultats. — MM. Desmarest et Ferrier font leurs inclusions sur la région lombaire droite et gauche au moyen d'un trocart qui sert à forer une galerie intradermique dans laquelle ils déposent les poudres ou les cristaux d'hormones. Les premiers résultats obtenus par les auteurs sont très favorables ; ils en apportent un certain nombre d'observations.

M. Patel a fait des inclusions hormonales sous-cutanées mais insiste sur l'instabilité des résultats.

M. Ameline trouve également les résultats assez variables et difficiles à apprécier ; cependant dans les aménorrhées et l'infantilisme ceux-ci sont en règle très satisfaisants ; en cas d'insuffisance surrénalienne l'implantation d'hormone n'est pas sans danger.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 6 novembre 1942

Un nouveau symptôme radioscopique de l'insuffisance mitrale : la regurgitation auriculaire systolique. — MM. Lenègre, Mathivat et Philippe. — D'après les auteurs, la simple radioscopie permet d'observer directement le phénomène pathologique de la regurgitation auriculaire, non seulement quand l'oreillette gauche est anévrysmale, mais même quand elle est modérée. Ce symptôme s'observe aussi bien dans les cas de rétrécissement mitral pur que dans celui d'endocardite mitrale dotée d'un souffle systolique de pointe. Celui-ci n'est pas indispensable pour qu'il y ait insuffisance mitrale au sens physio-pathologique. Cette regurgitation auriculaire systolique nette chez la plupart des mitraux fait toujours défaut dans les souffles systoliques isolés dits anorganiques, ainsi que dans la plupart des souffles systoliques congénitaux.

Goutte et vitamine. — MM. F. Coste, Grigaut et Lamotte. — Les auteurs rapportent les effets parfois excellents de l'aneurine chez les goutteux. Ils discutent le mode d'action de la vitamine, l'existence d'une carence fruste dans la goutte, l'action de la thiamine sur le métabolisme des nucléoprotéines et purines (qu'ils ont tenté d'étudier par des dosages en série chez les malades et chez des témoins), le rôle pharmacodynamique propre de l'aneurine dans le cas particulier de la maladie goutteuse.

A propos du biotropisme. — M. Milian. — L'auteur souligne le rôle joué par l'infection dans la genèse des érythèmes vésiculo-œdémateux qui surviennent au cours des médications arsenicale, mercurielle, aurique, etc., et ont été longtemps considérés comme des phénomènes d'intolérance. La thérapeutique anti-infectieuse (sulfamides, sérum anti-streptococcique, etc.), est souvent efficace en pareil cas.

Un cas d'ostéopathie rare : pseudo-fractures spontanées (maladie de Volkman). — M. Reched Belger rapporte l'observation d'une morphinomane cachectique, probablement carencée, chez qui se produisirent spontanément des lésions douloureuses des cubitus et des tibias. Les radiographies montrent des aspects comparables à ceux qu'a observés Volkman et surtout à ceux qu'ont décrits en 1919-20 Pagès, Looser et divers auteurs centraux dans les ostéopathies de famine.

Séance du 13 novembre 1942

Action de la colchicine sur certaines tumeurs ganglionnaires. — MM. Lenègre et Soulier. — Etude des effets de la colchicine sur des tumeurs ganglionnaires : adénopathie inflammatoire chronique, adénolymphoïdite aiguë, leucémie lymphoïde, réticulose maligne, adénites cervicales néoplasiques. Dans tous ces cas, avec des doses modérées, les tumeurs ganglionnaires ont vite diminué de volume. L'action la plus nette a été observée dans le cas d'adénolymphoïdite aiguë, et dans les leucémies lymphoïdes, mais le maniement de la colchicine est souvent délicat, en raison de sa toxicité. Il s'agit donc seulement d'un traitement d'appoint, méritant de nouvelles recherches.

Le Dr Fiessinger, rappelant ses expériences personnelles, souligne que la colchicine est très toxique et qu'elle peut provoquer des processus de dégénérescence très accentuée.

Erythrodermie arsenicale favorablement traitée par le sulfamidothiazol. Hyperthermie médicamenteuse intense. — MM. Decourt et Brault. — Les auteurs ont traité par cet agent un cas de grande érythrodermie arsenicale. Ils ont joint à la médication interne le poudrage quotidien des téguments au paramino-phényl-sulfamide. L'évolution fut favorable, mais au 12e jour, apparition d'une reprise fébrile grave. L'élévation de la dose de sulfamidothiazol fut suivie d'une hyperthermie intense. La fièvre céda après la suppression brusque du médicament. Cette fièvre d'intolérance peut être reconnue grâce à la coexistence d'une éruption cutanée et d'une poussée d'éosinophilie sanguine.

SÉANCE DU 20 NOVEMBRE 1942

Formes actuelles de la tuberculose des séreuses chez l'adulte. — MM. BARIÉTY, LEJARD, BARRABE. — Observation de 441 malades de 20 à 42 ans, atteints de tuberculose des séreuses. Les auteurs signalent la fréquence des pleurésies traînantes, des polysérites et le pourcentage anormal chez l'adulte des péritonites, des péricardites et des méningites, la fréquence des rechutes.

Un cas de maladie de Kussmaul-Maier (périartérite noueuse). — M. BOURDIN. — Chez une femme entrée à l'hôpital avec le diagnostic de tuberculose pulmonaire, apparurent des douleurs marquées constituant un syndrome de polymyosite : L'acuité visuelle diminua et à l'examen du fond de l'œil on constata des lésions vasculaires sous forme de périvascularite (maladie évoluant par poussées). L'examen biopsique montra des altérations vasculaires segmentaires confirmant le diagnostic de périartérite noueuse. Mort au bout de huit mois. Rareté de cette maladie qui serait le neuvième cas en France. La polymyosite est un signe important pour le diagnostic. Les collections suppurées n'ont jamais été signalées. Les lésions oculaires sont rares. Les auteurs discutent les relations entre la tuberculose et la périartérite noueuse.

SOCIETE DE PEDIATRIE

SÉANCE DU 17 NOVEMBRE 1942

Nanisme rénal avec énorme dilatation congénitale des uretères. — MM. PAISSEAU, BOPPE et MARCEL présentent ce petit malade qui, à deux ans, pesait 5 kilos et mesurait 65 centimètres. Une double néphrastomie amena une poussée très nette de croissance. Ultérieurement put être pratiqué un redressement des courbures urétérales et une double anastomose urétéro-vésicale.

Maladie du col. — MM. BOPPE et LELENY.

Régression de la parole. Troubles variés et syncope chez une fillette de 3 ans. Guérison après traitement psycho-éducatif. — — M. LAUNAY et Mme BOREL-MAISONNY présentent une enfant de quatre ans et demi qui fut atteinte à l'âge de vingt mois d'une régression affective complexe avec disparition de la parole, refus de prendre autre chose que du lait et des bouillies, syncopes répétées pendant un an. Elle fut très améliorée par les neuro-sédatifs et guérie après séparation du milieu familial.

Les auteurs rapportent trois autres observations de régression affective survenue dans des circonstances diverses.

L'état sanitaire actuel des enfants. — MM. HUBER et ROUÈCHE. — Présentation de rapport et résultats d'une enquête faite en 1941-1942 sur la demande du Secrétariat d'Etat à la Famille et à la Santé par le Comité National de l'Enfance.

Discussion du rapport de M. Hurez sur le salicylate de soude chez l'enfant (1). — M. GRENET, contrairement à l'avis du rapporteur, croit à l'efficacité du salicylate dans les manifestations viscérales et au cours de l'évolution du rhumatisme cardiaque.

Il donne 0 gr. 15 à 1 gramme par année d'âge avec maximum de 8 grammes et une dose double de bicarbonate, par périodes discontinues de dix jours suivies d'un repos jusqu'à la fin de l'élimination salicylée.

Dans les périodes intercalaires, il donne du pyramidon et a souvent recours comme adjuvant à l'auto-hémothérapie. Dans ces conditions, il a vu quelques cas d'intolérance, mais l'acidose salicylée est rare et ne doit être affirmée qu'à bon escient.

M. HALLÉ insiste sur la bonne tolérance habituelle de l'enfant pour le salicylate et sur la nécessité de l'employer comme traitement « pierre de touche ».

M. CLÉMENT croit à l'efficacité du salicylate dans les endocardites évolutives. Il insiste sur la nécessité de bien manier le salicylate et sur l'importance du terrain dans la genèse des accidents. Chez les hépatiques peuvent en particulier survenir des accidents d'acido-cétose non salicylée.

(1) Voir *Gaz. des Hôp.*, n° 26, 10 juillet 1942, p. 301 ; n° 28, 10 août 1942, p. 388 ; n° 35, 1er décembre 1942, p. 448.

SOCIETE DE BIOLOGIE

SÉANCE DU 10 OCTOBRE 1942

Influence du jeûne et de la réalimentation sur le taux de l'alexine sanguine. — MM. F. MAIGNON et G. THIERY ont constaté, sur le cobaye, que le jeûne abaisse le taux de l'alexine, tandis que la réalimentation le relève.

Influence de l'ingestion de trypsine active (pancréatine) sur le taux de l'alexine sanguine, chez le cobaye. — MM. F. MAIGNON et G. THIERY ont vu l'administration abondante et prolongée, par la bouche, de trypsine active sous forme de pancréatine, amener chez le cobaye un léger abaissement du taux de l'alexine qu'ils attribuent à l'action hydrolysante de la trypsine sur le complexe trypsine-globuline qu'est, pour eux, l'alexine.

Influence des anesthésiques généraux volatils (éther, chloroforme) sur la sensibilisation anaphylactique et le choc anaphylactique du lapin. — MM. PASTEUR VALLERY-RADOT, G. MAURIC et Mme A. HOLTZER concluent que l'anesthésie à l'éther ne protège pas le lapin anaphylactisé contre l'injection déchaînante du sérum sensibilisant ; pratiquée avant l'injection de sérum de cheval, elle n'empêche pas le lapin de se sensibiliser à ce sérum. L'anesthésie au chloroforme constitue pour le lapin sensibilisé un mode de protection contre l'injection déchaînante, mais cette protection est irrégulière.

Recherches sur le chimiotactisme leucocytaire. Pouvoir chimiotactique des nucléoprotéides bactériens. — MM. A. DELAUNAY et R. VENDRELY insistent sur le fait que les nucléoprotéides bactériens attirent très nettement les leucocytes.

SÉANCE DU 24 OCTOBRE 1942

Association entre ultravirus, louping-ill et lymphogranulomatose inguinale. — M. C. LEVADITI signale que l'inoculation intra-cérébrale à la souris d'une association entre les ultravirus du louping-ill et de la lymphogranulomatose inguinale (maladie de Nicolas-Favre), étudiée pendant quatre passages consécutifs, a montré une diminution manifeste de la symbiose des deux virus au détriment du virus lymphogranulomateux.

Influence de l'insufflation pleurale sur les réactions vasculaires du poumon à l'adrénaline. — MM. J. TROISIER, M. BARIÉTY et Mlle D. KOHLER ont constaté que les petits vaisseaux pulmonaires ne se laissent plus distendre par la poussée hypertensive consécutive à l'injection endoveineuse d'adrénaline.

Polyvalence des lipides utilisés dans la réaction de Bordet-Wassermann. — M. P. CORDIER insiste sur les résultats sensiblement parallèles obtenus avec deux antigènes qui diffèrent du point de vue physico-chimique, un extrait acétonique de cœur de veau cholestériné et l'antigène de Debains.

Les modifications de l'excitabilité nerveuse motrice au cours du tétanos expérimental et leur déterminisme. — Mme A. CHAUCHARD, M. P. CHAUCHARD et M. H. LENORMANT.

Alcoolisme expérimental et polynévrite chronique. — M. Raoul LECOQ montre que la polynévrite alcoolique est favorisée non par l'avitaminose elle-même mais par l'acidose qui, dans les cas expérimentaux, est uniquement liée au déséquilibre alimentaire causé par l'adjonction à une ration par ailleurs caloriquement insuffisante, d'une proportion élevée d'alcool.

Dégénérescences cérébelleuses latentes chez les cancéreux. — M. Ivan BERTRAND et Mme J. GODET-GUILLAIN insistent sur la très grande fréquence de ces lésions.

Forme ganglionnaire de la tuberculose atténuée du cobaye. — M. R. LAPORTE obtient cette forme spéciale en injectant des bacilles humains de virulence affaiblie. Le tableau anatomo-clinique réalisé se rapproche de celui de la maladie de Hodgkin.

Election. — M. QUINQUAUD est élu membre titulaire.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

A propos de l'unité de la médecine (1)

Nous recevons de M. le Dr Béliard, professeur à l'Ecole de Stomatologie, stomatologiste honoraire des hôpitaux, la lettre suivante :

« A l'encontre de ce qui a été dit ici, la loi du 10 septembre 1942 ne détruit pas l'unité de la médecine par une disposition corporative qui permettra aux stomatologistes de défendre leurs intérêts professionnels, solidairement avec les chirurgiens-dentistes.

« Il est indispensable au stomatologiste d'avoir des lumières étendues sur toute la médecine, au même titre que les autres spécialistes ; mais la loi précitée n'y contredit pas, car elle n'est prévue que pour confier à un Ordre National l'organisation professionnelle : l'Ordre à la garde de l'honneur, de la moralité et de la discipline. Il assure la défense et la gestion des intérêts corporatifs. C'est tout ! Là s'arrêtent ses prérogatives et ses pouvoirs.

« La position qu'occupera la stomatologie dans la science médicale ne saurait être dictée par l'Ordre. La loi n'en prend pas souci. Elle sera déterminée par les décisions d'une Commission de Réforme des Etudes Médicales, actuellement au travail, dont il serait vain d'imaginer les conclusions, mais qui ne manquera certainement pas de mettre l'enseignement de la stomatologie dans les Facultés, sur le même rang que l'enseignement des autres spécialités qualifiées.

« La loi du 10 septembre ne rompt pas l'unité médicale en créant des Collèges Départementaux de Praticiens de la Profession Dentaire, à côté des Collèges de Médecins. Cette loi est à tendance corporative : elle laisse à chacun son titre dans les Collèges de Praticiens de la Profession Dentaire. Elle y range les stomatologistes à côté des chirurgiens-dentistes, mais elle prend soin d'inscrire les premiers sur les tableaux de médecins.

« Il se peut que les Collèges de Praticiens de la Profession Dentaire comptent une majorité de chirurgiens-dentistes, mais ceci répond à une densité de fait et comme les Collèges départementaux n'ont pas d'autres attributions que d'étudier et de résoudre des problèmes d'intérêts professionnels communs (tarifs, conventions locales, approvisionnement, mécaniciens...), il n'est pas à supposer que les chirurgiens-dentistes, bien qu'en majorité, seront jamais conduits à prendre des décisions contraires à leurs propres intérêts. En défendant les leurs, ils défendront ceux des stomatologistes, d'accord avec eux.

« La loi a pris soin de séparer les intérêts matériels des questions juridictionnelles. La juridiction siégera à l'échelon régional. L'appel sera à l'échelon national. A ces deux derniers échelons les stomatologistes ne connaîtront que le jugement de leurs pairs.

« La loi du 10 septembre comble une lacune. Elle n'apporte aucune régression, au contraire. Dans l'état présent des choses, les stomatologistes, peu nombreux dans la plupart des départements, absents dans beaucoup d'autres, dispersés sur le territoire, sans cohésion entre eux et sans représentation nationale, n'ont aucun moyen efficace de défendre leurs intérêts professionnels. Même pour se procurer certains bons d'achat ils doivent avoir recours à la complaisance bénévole des Sections Dentaires : une telle situation ne saurait durer sans grands dommages.

« La loi nouvelle permettra de rendre normal ce qui est actuellement une irrégularité.

« Les stomatologistes revendiquent leur droit à la vie : la loi Grasset veut y pourvoir.

BÉLIARD. »

Conformément à l'usage nous avons communiqué cette lettre à notre collaborateur, le Dr Herpin. Il nous déclare qu'il n'a rien à ajouter ni à retrancher à ce qu'il a écrit ici même.

N. D. L. R.

(1) Voir *Gazette des Hôpitaux*, 1942, n° 36, p. 454. « De l'unité de la médecine, par le Dr Herpin.

CHRONIQUE

Les adieux du Dr Henri Grenet à l'hôpital Bretonneau

Le dimanche 20 décembre dernier, le Dr Henri Grenet, ayant atteint l'âge de l'honorariat, quittait l'hôpital où pendant dix-sept ans il s'est dévoué à ses petits malades, où il a su créer tant d'œuvres bienfaisantes et organiser un enseignement très suivi d'où n'étaient pas exclues d'utiles leçons de déontologie.

Au cours d'une réunion intime et très émouvante, il a pris congé de son service et de ses élèves. Autour de sa famille la plus proche s'étaient groupés ses collègues de Bretonneau, les Drs Milhit, Lantuéjoul, Boppe et Lallemant ; le Dr Louis Leroux, laryngologiste des hôpitaux, qui fut son interne ; Mme Benoit, directrice actuelle, et M. Lecomte, ancien directeur de Bretonneau ; les élèves et anciens élèves de Grenet, quelques-uns venus de fort loin en des temps malaisés ; quelques vieux amis : le Dr Marcel Lance, le Dr Cheymol, ancien pharmacien en chef, le Dr Torchaussé, conseiller municipal de Paris, ancien radiologiste adjoint de Bretonneau, enfin tous les membres si dévoués du personnel du service.

Le Dr Milhit, au nom des médecins, Mme la Directrice au nom de l'Administration, le Dr Rémy Levent au nom des élèves de Grenet, évoquèrent des souvenirs et exprimèrent à leur maître leurs regrets et leur attachement fidèle. M. Lecomte rappela les jours de travail et d'épreuve, le professeur Leveuf empêché avait adressé à son collègue un message émouvant d'estime et d'amitié.

M. Grenet, à son tour, remercia ses amis. Son émotion contenue, l'élévation de sa pensée étaient une sorte de signature familière à tous ceux qui ont vécu près de lui.

Après avoir accordé un souvenir à son passé médical, Grenet se tourna vers les jeunes. Il leur dit sa foi dans un avenir meilleur, leur rappelant que dans la réforme de la médecine qui est en cours, si on ne prend pas pour base la moralité professionnelle, c'est-à-dire la moralité tout court, on bâtira sur le sable. Nobles paroles dignes de celui qui les a prononcées. F.L.S.

Le Directeur-Gérant : Dr François LE SOURD. Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (Autorisation n° 83)


PULMOSÉRUM
Affections aiguës et chroniques des
VOIES RESPIRATOIRES
GRIPPE et complications
ANTIDYSPNÉIQUE
SÉDATIF DE LA TOUX
EXCITANT DE L'APPÉTIT
TONIQUE GÉNÉRAL
3 à 4 cuillerées à soupe par jour
Laboratoires A. BAILLY (SPEBA)
15, r. de Rome et r. du Rocher - PARIS-8e
P E S B A
A-BAILLY


BULLETIN DES LABORATOIRES
ANDRÉ GUERBET & Cie

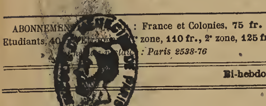
N° 2. — 10 JANVIER 1943 — 116e ANNÉE — Ce numéro : 2 francs.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31



ABONNEMENTS : France et Colonies, 75 fr. Etudiants, 40 fr. Étranger, 1re zone, 110 fr., 2e zone, 125 fr. Chèques postaux : Paris 2538-76

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e). Téléphone : LITTRÉ 54-93

POUR NOS ABONNÉS DE LA ZONE NON OCCUPÉE, adresser renouvellements et toutes communications aux Messageries Hachette, 12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône). *Chèques postaux : Lyon 218* (Service *Gazette des Hôpitaux*)

Bi-hebdomadaire paraissant provisoirement deux fois par mois

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris

Mutations et titularisations des oto-rhino-laryngologistes :

1° A l'Hôpital Tenon (remplacement de M. le Dr Hautant, atteint par la limite d'âge), M. le Dr Chatellier.

2° A l'Hôpital Broussais (remplacement de M. le Dr Chatellier), M. le Dr Aubin, titularisé.

Consultations. — Ambroise-Paré, M. Aubry ; Bretonneau, M. Lallemant ; Hérold, M. Bourgeois (Robert) ; Claude-Bernard, M. Leroux (Robert) ; Bicêtre, M. Bourdial.

Oto-rhino-laryngologistes adjoints et assistants : Saint-Antoine, M. Ombrédanne (Marcel) ; Saint-Louis, M. Huet ; Trousseau, M. Lemariey ; Necker-Enfants-Malades, M. Richier ; Cochin, M. Lemoyne (chargé de l'oto-rhino-laryngologie au service de médecine de Saint-Vincent-de-Paul).

Mutations des stomatologistes :

1° A l'Hôpital Bretonneau (remplacement de M. le Dr Izard, atteint par la limite d'âge), M. le Dr Marie (René), de l'Hospice de Brévannes.

2° A l'Hospice de Brévannes (remplacement de M. le Dr Marie (René), M. le Dr Cauhèpe, titularisé.

Organisation des consultations de stomatologie à compter du 1er janvier 1943 (chefs, adjoints et assistants ou attachés) :

Hôpital Bichat : M. Fleury ; M. Mesnard, att. ff. ; M. Chuffard, att. — Cochin : M. Lattes ; M. Vrasse, ass. ; M. Cabrol, att. — Enfants-Assistés : M. Dechaume ; M. Beal, ass. ff. ; M. Gere, att. — Hôtel-Dieu : M. Raison ; M. Friez, ass. ; Mme Cernea, ass. — Necker : M. Gornouec ; M. Lepoivre, ass. ; M. Fromaigeat, ass. — Laënnec : M. Darcissac ; M. Maleplate, ass. ff. ; M. Valtat, att. — Saint-Antoine : M. Thibault ; M. Hennion, ass. ; M. Bataille, att. — Saint-Louis : M. Richard ; M. Cernea, ass. ; M. Malingre, ass. — Salpêtrière : M. Lacaisse ; M. Bornet, ass. ff. ; Bertrand, ass. — Tenon : M. Lacronique ; Mme Chaput, ass. ; M. Corbeil, att. — Trousseau : M. Lebourg ; M. Lambert, ass. ff. ; M. Parant, ass. — Bicêtre : M. Houzeau. — Boucicaut : Mme Papillon-Leage. — Bretonneau : M. Marie. — Brévannes : M. Cauhèpe ; Mlle Fruton, att. — Broussais : M. Croquefer ; M. Mereat, att. — Hérold : M. Omnès. — Vaugirard : M. Hénault. — Garches : Mme Chaput. — Ambroisé-Paré-Boileau (1 fois par semaine) : M. Hénault. — Forges-les-Bains (2 fois par semaine) : Mme Papillon-Leage.

Concours pour deux places d'assistant d'oto-rhino-laryngologie. — Jury : MM. les Drs Baldenweck, Chatellier, Ombrédanne (Marcel), Huet, Bourgeois (Achille), Rouget, Bouchet, Tixier, Monod (Raoul).

Concours de médecins des hôpitaux. — Un concours pour huit places de médecins des hôpitaux s'ouvrira le lundi 8 février 1943, à 9 heures, à l'Administration Centrale, 3, avenue Victoria.

Inscriptions du lundi 11 janvier 1943 au vendredi 22 janvier inclusivement.

Le concours comprend : 1° des épreuves de sous-admissibilité ; 2° des épreuves d'admissibilité définitive ; 3° des épreuves d'admission : épreuves de titres et épreuves cliniques d'admission.

La première épreuve (sous-admissibilité) comporte un jury de vingt-quatre membres se divisant en quatre sections ;

La deuxième épreuve (admissibilité définitive), un jury de douze membres se divisant en deux sections ;

La dernière épreuve (admission), un jury de douze membres dont un chirurgien pour l'examen des titres et un nouveau jury de douze membres répartis en deux sections.

Concours d'assistants en chirurgie. — Un concours pour la nomination à douze places d'assistants en chirurgie des hôpitaux de Paris s'ouvrira le lundi 1er février 1943, à 9 heures, à l'Administration Centrale, 3, avenue Victoria.

Concours de chirurgiens des hôpitaux. — Des concours de chirurgiens des hôpitaux seront successivement ouverts à l'issue du concours d'assistants.

Inscriptions pour chacun des deux concours du lundi 4 janvier au mercredi 13 janvier 1943 inclusivement.

(Rappelons que sont seuls admis à concourir pour les places de chirurgiens des hôpitaux les assistants en chirurgie.

Le jury ne peut procéder qu'à la nomination d'un seul chirurgien. Il y aura donc autant de jurys qu'il y aura de places à pourvoir.

Hôpitaux de Province

Bordeaux. — Après concours, M. le Dr J.-M. Louis Servantie a été nommé biologiste adjoint des hôpitaux et affecté à l'Hôpital Saint-André.

M. le Dr Jean Poinot a été, également après concours, nommé chirurgien résidant des hôpitaux.

Le CONCOURS DE L'INTERNAT s'est terminé par les nominations suivantes : Internes titulaires : MM. Depaulis, Dax, Arné, Bouet, Castaing, Carles, Soumireu, Chabbert, Dulong de Rosnay.

Externes en premier : MM. Saige, Rouyère, Mme Laumonier, MM. Pascal, Martin, Diacono et Soutre.

Le CONCOURS DE L'EXTERNAT s'est terminé par les nominations suivantes :

Externes titulaires. — MM. Hennin, Dartigues, Hibert (Mlle), Lafargue, Dubreuil, Houssin (Mlle), Dabadie, Horrut, Couteau (Mlle), Hubert, Birbis, Loubet, Darbon, Lapeyre, Marchal, Hurmic Aussaresses (Mlle), Penaud, Saccharin, Jensen, Julien, Laville de Lacombe, Martin (Mlle), Linquette, Crozet, Puyo, Le Conteur, Lavielle, Baup, Montagnac, Bonnifait, Vialard, G. Martin, Escude, de Chorivit, Verin, Boucheron, Amblard (Mlle), Balère, Molia, Molinier, Conte, Frouin, Gorrichon, Delons, Morel, Laville, Dubédat, Bénard (Mlle), Lacaze, Belet, Fromaget, Charles, Dechappe (Mlle), Cornardeau, Delorme, Seguin, Mauriac, Banchard, Lalanne (Mlle), Bouysson Secousse, Debègne, Jaubert, Dagret (Mlle), Père.

Externes provisoires. — MM. Ménage, Goffre (Mlle), James, Manciet, Cheroux (Mlle), Touchard, Fourcade, Hostins, Moine, Février, Navarre, Chapeau, P. Martin, Broussin, Besnard, Labeyrie, Barhe, Trolliet, Goissen, Heyl (Mlle), Lemau, Pailloux, Cheynier, Couderc, Lalanne, Pelluchon, Léger, Bidard, Biraben.

La MÉDAILLE D'OR du prix de l'internat en 1942 pour la Section Médecine a été décernée à M. Henry Léger, interne de 5e année.

Le CONCOURS DE L'INTERNAT EN PHARMACIE s'est terminé par les nominations de : MM. Guillard, Lagarde, Ballan, Dang ; Mlles Perraudeau, Sédeillan.

Faculté de Paris

M. Petit-Dutaillis, agrégé près de la Faculté de Médecine de Paris, est nommé provisoirement, à compter du 15 décembre 1942, professeur de pathologie chirurgicale à cette même

faculté (dernier titulaire : M. Quenu, transféré).

M. Chabrol, agrégé près de la Faculté de Médecine de Paris, est nommé provisoirement, à dater du 15 décembre 1942, professeur de pathologie médicale à cette même faculté (dernier titulaire : M. Vallery-Radot).

Facultés de Province

Alger. — M. Thiodet, agrégé, est chargé provisoirement du service de la chaire de clinique des maladies infectieuses, nouvellement créée.

Bordeaux. — La chaire de clinique médicale des maladies des enfants de la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de l'Université de Bordeaux est transformée, à compter du 1er décembre 1942, en chaire de clinique des maladies infectieuses et déclarée vacante.

Lille. — La chaire de clinique psychiatrique de la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de l'Université de Lille est transformée en chaire de thérapeutique à dater du 1er octobre 1942.

Faculté libre de Lille. — M. le Dr Vincent a été nommé professeur titulaire sans chaire.

M. le Dr Defaux a été nommé maître de conférences.

Lyon. — M. Rochet, agrégé, est nommé professeur de chirurgie opératoire à cette même faculté, en remplacement de M. Santy, transféré dans une autre chaire.

Montpellier. — M. Granger, agrégé, est à nouveau chargé de l'enseignement de la chimie organique et de la chimie biologique.

— M. Aimes, professeur sans chaire, est chargé de la suppléance de M. Riche, en congé, dans la chaire de clinique chirurgicale.

Nancy. — M. le Professeur Hamant a été nommé assesseur du doyen pour trois ans à partir du 1er novembre 1942.

— M. Chailley-Bert, agrégé près de la Faculté de Médecine de Paris, est nommé provisoirement, à dater du 15 décembre 1942, professeur de physiologie à la Faculté de Médecine de Nancy (dernier titulaire : M. Santenoise).

Toulouse. — M. Roques, professeur d'hydrologie thérapeutique et climatologie, est muté dans la chaire de clinique médicale de cette faculté, en remplacement de M. Dalous, retraité.

M. Andrieu, agrégé, est nommé, à dater du 15 novembre 1942, professeur titulaire de la chaire de bactériologie de cette faculté (chaire de pharmacodynamie transformée), en remplacement de M. Bugnard, transféré dans une autre chaire.

Ecoles de Médecine

Angers. — M. Guiet est chargé des travaux pratiques de chimie.

M. Rouchy, professeur, est chargé à nouveau du cours de clinique obstétricale en remplacement de M. Boquel, retraité.

Besançon. — Mme le Dr Furiet-Lafforet est chargée du cours d'anatomie pathologique.

Clermont-Ferrand. — M. le Professeur Castaigne, directeur retraité est nommé directeur honoraire.

Reims. — M. Lardennois est délégué à nouveau dans la chaire de pathologie externe.

Rennes. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant des chaires de pathologie interne et de clinique médicale à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Rennes s'ouvrira le lundi 13 avril 1943 devant la Faculté de Médecine de l'Université de Paris.

Légion d'honneur. — Santé publique. — *Commandeur.* — M. Bordier (H.-L.), professeur honoraire de la Faculté de Médecine de Lyon. Un des maîtres de la radiologie française, a consacré sa vie, avec une abnégation et un dévouement admirables à la science dont la pratique assidue devait profondément atteindre sa santé. Ses inventions et ses travaux, d'un grand retentissement, ont aidé puissamment au progrès de la radiologie à la fois en perfectionnant sa technique et en facilitant ses applications thérapeutiques. A contracté un cancer aux mains pendant son service commandé. Titres exceptionnels. (*J. O.*, 22 décembre 1942.)

Rappelons que le professeur Bordier est décédé à Lyon il y a peu de jours.

Ordre de la Santé publique. — A été nommée, à titre posthume, *au grade de chevalier* : Mme Leconte-Lorsignol, docteur en médecine, médecin chef à l'hôpital psychiatrique de la Seine-Inférieure, à Rouen : médecin psychiatre de grande valeur, possédant de rares qualités d'intelligence et de cœur. Mortellement blessée en se portant au secours de ses trois enfants, lors du bombardement de Rouen, le 17 août 1942. Sur le point d'être mère une quatrième fois, et consciente de son état désespéré, a élevé le sentiment maternel jusqu'au sublime en demandant instamment la mise en œuvre de tous les moyens propres à sauver la vie de l'enfant.

Santé publique

Inspection générale de la Santé et de l'Assistance. — M. le Dr Coulon, médecin inspecteur de la Santé de la Corse, est chargé des fonctions d'inspecteur général de la Santé et de l'Assistance.

Inspection de la Santé. — M. le Dr Lartigue, déclaré apte aux fonctions de médecin inspecteur adjoint de la Santé à la suite des épreuves du concours du 10 février 1942, est mis à la disposition du gouverneur général de l'Algérie, afin d'être affecté à un emploi d'inspecteur adjoint d'hygiène en Algérie.

M. le Dr Olieu, médecin inspecteur de la Santé du département de l'Isère, est affecté, en la même qualité, au département des Alpes-Maritimes.

M. le Dr Raingeard a été nommé, au maximum pour la durée des hostilités, médecin inspecteur adjoint de la Santé intérimaire de la Loire-Inférieure.

M. Landret, médecin inspecteur de la santé des Côtes-du-Nord, a été nommé médecin inspecteur de la santé du Doubs.

M. Ameur, médecin inspecteur adjoint de la santé des Côtes-du-Nord, a été chargé des fonctions de médecin inspecteur de la santé des Côtes-du-Nord.

M. Brocas a été chargé, au maximum pour la durée des hostilités, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la santé des Basses-Pyrénées.

M. Coldery a été chargé, au maximum pour la durée des hostilités, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la santé du Lot.

M. Gshwind, médecin inspecteur adjoint de la santé de la Haute-Loire, a été nommé médecin inspecteur adjoint de la santé de la Dordogne.

Mlle le Dr Thomas a été nommée médecin inspecteur adjoint intérimaire de l'Aude.

M. le Dr Gerlinger a été nommé médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Vienne.

M. le Dr Giorgi a été nommé médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé du Var. service à l'asile privé de Saint-Jean-de-Dieu décédé.

Mme le Dr Boucomont a été nommée médecin inspecteur adjoint de la Santé du Puy-de-Dôme.

M. le Dr Mele, médecin inspecteur adjoint de la Santé de l'Ardèche, a été nommé médecin inspecteur adjoint de la Santé de Vaucluse.

M. le Dr Landret, médecin inspecteur de la Santé du Doubs, non installé, a été nommé médecin inspecteur de la Santé des Landes.

M. le Dr Marguerit, médecin inspecteur de la Santé de la Lozère, a été nommé médecin inspecteur de la Santé du Gers.

Mlle le Dr Roubert, médecin inspecteur adjoint de la Santé de Tarn-et-Garonne, a été chargée des fonctions de médecin inspecteur de la Santé de la Lozère.

M. le Dr Studer est nommé médecin inspecteur adjoint de la Santé intérimaire du Gers, au maximum pour la durée des hostilités.

Hôpitaux psychiatriques. — M. le Dr Calmettes, médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Naugeat, est admis à faire valoir ses droits à la retraite à compter du 1er janvier 1943.

Mme le Dr Gardien, médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Dun-sur-Auron, est nommée médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Naugeat, en remplacement de M. le Dr Calmettes, à compter du 1er janvier 1943.

Ont été nommés :

Médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de :

Mareville (Meurthe-et-Moselle) : M. le Dr Feuillet.

Vauclaire (Dordogne) : M. le Dr Lafon.

Saint-Alban (Lozère) : M. le Dr Bonnafe.

Prémontré (Aisne) : M. le Dr Mignot.

Médecin chef de service à l'asile privé de Lommelet (Nord) : M. le Dr Bernard.

M. le Dr Menuau, médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Ville-Evrard (cadre de la Seine,) est nommé médecin directeur de l'hôpital psychiatrique de Moisselles (cadre de la Seine), en remplacement de M. le Dr Montassut.

M. le Dr Bouvet, médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique, de Rouen, est affecté provisoirement, en la même qualité, à l'hôpital psychiatrique de Ville-Evrard, en remplacement de M. le Dr Menuau.

Mlle le Dr Jouannais, reçue au concours du médicat des hôpitaux psychiatriques de 1942, est nommée provisoirement médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Rouen, en remplacement de M. le Dr Bouvet.

M. le Dr Carrier est nommé médecin chef de service a l'asile privé de Saint-Jean-de-Dieu (Rhône), en remplacement de M. le Dr Mathon, dédécé.

M. le Dr Raucoules est nommé médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Dun-sur-Auron, en remplacement de Mme le Dr Gardien, affectée à l'Hôpital psychiatrique de Naugeat.

M. le Dr Belfis est nommé médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Saint-Rémy (Haute-Saône) (poste vacant).

Sanatoriums publics. — M. le Dr Bezine a été nommé médecin adjoint au Sanatorium de Pignelin (Nièvre). (*J. O.*, 16 octobre 1942.)

M. Braillon, médecin adjoint aux sanatoriums de la Seine à Hauteville (Ain), a été mis en disponibilité, sur sa demande, à compter du 1er novembre 1942.

M. le Dr Arribehaute, médecin directeur du sanatorium de la Guiche (Saône-et-Loire), a été nommé médecin directeur du sanatorium Etienne-Clémentel (Puy-de-Dôme).

M. le Dr Nauwclaerts, médecin directeur du sanatorium Etienne-Clémentel (Puy-de-Dôme), a été nommé médecin directeur du sanatorium de la Guiche (Saône-et-Loire).

M. le Dr Brenugat a été nommé médecin adjoint au Sanatorium de la Meynardie (Dordogne occupée).

M. le Dr Acher-Dubois a été nommé médecin adjoint au Sanatorium de Bodiffe (Côtes-du-Nord).

Voir la suite des Informations page 29



SUPPOSITOIRES
RECTOSEPTAL
SIMPLE
CRÉOSOTE + OXYQUINOLÉINE
AFFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES
LABORATOIRES DEROL
34, RUE PERGOLÈSE - PARIS (16e)
SUPPOSITOIRES
RECTOSEPTAL
SULFAMIDÉ
SULFAMIDOTHÉRAPIE COMPLÉMENTAIRE



POMMADE-VACCIN
polyvalente
INOSEPTA
ABCÈS - FURONCLES - ANTHRAX
PLAIES - BRULURES


HYPERCHLORHYDRIE
DYSPEPSIES NERVEUSES
Toutes gastralgies
KAOBROL
2 { Formules Formes
SIMPLE ou BELLADONÉ
TABLETTES ou POUDRE


HÉPATISME
ARTHRITISME
Cure de décholestérinisation
DECHOLESTROL
1 PAQUET douze jours par mois
matin et soir avant les repas
dans un demi verre d'eau

PUBERTÉ ET TUBERCULOSE

Le rôle de la puberté dans l'augmentation de la tuberculose à cette période de l'existence

par le professeur Pierre NOBÉCOURT
de l'Académie de Médecine

Pendant les trois années qui précèdent immédiatement la puberté et auxquelles on réserve généralement l'appellation de *période prépubère*, pendant les trois années de la *période pubérale*, l'infection tuberculeuse augmente de fréquence, comme l'établit l'élévation des pourcentages des réactions cutanées à la tuberculine, les tuberculoses actives deviennent plus communes, la mortalité tuberculeuse s'accroît (1). Il semble donc qu'il y ait une *relation entre l'évolution pubérale et la maladie tuberculeuse*, que celle-ci soit favorisée par celle-là. Mais il peut *ne pas y avoir relation de cause à effet* entre le phénomène physiologique et le fait pathologique ; il peut s'agir d'une simple *coïncidence* due à l'intervention, pendant cette période de l'existence, de divers *facteurs intrinsèques* et *extrinsèques*.

Je vais envisager les FACTEURS INTRINSÈQUES.

Parmi les phénomènes susceptibles de favoriser la tuberculose pendant les périodes prépubérale et pubérale on invoque :

A) La *poussée d'accroissement du corps* et notamment la *poussée de croissance staturale*.

B) L'*accroissement* et l'*entrée en activité* des *glandes sexuelles*, ovaires et testicules qui, jusque-là, fonctionnaient au ralenti.

Ces phénomènes ont une chronologie et des modalités particulières dans chaque sexe.

A. — Accroissement du corps

L'accroissement du corps se comporte différemment suivant le sexe (2).

Chez la FILLE, la **poussée de croissance staturale** commence dans la dixième année (+ 6 cm.), a son maximum dans la onzième (+ 9 cm.), se ralentit dans les douzième (+ 7 cm.), treizième et quatorzième (+ 4 cm. dans chacune), est terminée dans la quinzième (+ 2 cm.).

Elle s'effectue donc principalement de 9 à 12 ans, *pendant la période prépubérale* ; elle dure trois années, pendant lesquelles la taille s'allonge de 22 centimètres. Elle se ralentit de 12 à 14 ans, pendant la phase initiale et à l'éclosion de la puberté. Elle prend fin pendant l'achèvement de la puberté.

Chez le GARÇON, la **poussée de croissance staturale** commence à 12 ans, se poursuit avec une intensité égale (+ 6 cm. par année) pendant les treizième, quatorzième et quinzième années ; elle commence à se ralentir pendant la seizième (+ 5 cm.). Elle est donc plus uniforme que celle de la fille et dure de 12 à 16 ans, quatre années pendant lesquelles la taille s'allonge de 23 centimètres. Elle s'effectue donc *pendant la période prépubère* et la *phase initiale de la puberté*. A partir de 16 ans, l'accroissement statural annuel n'est plus que de 1 centimètre.

Pendant que se poursuit la poussée de croissance staturale, l'INFECTION TUBERCULEUSE se comporte de la façon suivante d'après les statistiques (3) que j'ai données dans l'article précédent.

Pour 100 sujets du même sexe et d'une même année d'âge :

1° Le *nombre des cuti-réactions positives à la tuberculine* passe :

Chez les *filles* (9 à 12 ans), de 51,4 (moyenne des huitième, neuvième et dizième années) à 62,4 (moyenne des douzième et treizième années), en augmentation de 11 ;

Chez les *garçons* (12 à 15 ans), de 51,4 (moyenne des neuvième, dixième et onzième années) à 72,5 (quinzième année), en augmentation de 21,1.

2° Le *nombre des tuberculoses actives* parmi les enfants ayant des cuti-réactions positives à la tuberculine passe :

Chez les *filles*, de 17,8 (moyenne des neuvième et dixième années) à 19,5 (moyenne des douzième et treizième années), en augmentation de 1,7 ;

Chez les *garçons*, de 19,2 (moyenne des dixième, onzième et douzième années) à 22,6 (quinzième année), en augmentation de 3,4.

Comparons, pendant les trois années envisagées, les **croissances staturales pour une taille de 100 centimètres** avec les **augmentations du nombre des cuti-réactions positives** et **du nombre des tuberculoses actives pour 100.**

	CROISSANCE STATURALE POUR DES TAILLES DE 100 CM.	AUGMENTATION DU NOMBRE POUR 100 DES CUTI-RÉACTIONS POSITIVES	AUGMENTATION DU NOMBRE POUR 100 DES TUBERCULOSES ACTIVES
Filles	18 cm. 3	11,0	1,7
Garçons	12 cm. 9	21,1	3,6

(1) NOBÉCOURT (Pierre). Puberté et tuberculose : fréquence de l'infection tuberculeuse et des tuberculoses actives, mortalité tuberculeuse avant, pendant et après la période pubérale, *Gazette des Hôpitaux*, n° 35, 1er décembre 1942.

(2) NOBÉCOURT (Pierre). Sexualité, croissance staturale et taille. *Revue pratique des maladies des pays chauds*, 19e année, tome XX, 15-29 février 1940.

(3) Mes statistiques établies à l'Hôpital des Enfants-Malades s'arrêtent à 15 ans, limite d'âge de l'admission dans les salles.

Ces diverses statistiques établissent que pendant la poussée de croissance staturale, il se produit :

1° Une augmentation importante du nombre des cuti-réactions positives à la tuberculine, c'est-à-dire des infections tuberculeuses et une augmentation notablement plus faible des tuberculoses actives.

2° Ces augmentations sont deux fois plus fortes chez les garçons que chez les filles.

Or l'accroissement statural de la fille est plus rapide et plus fort que celui du garçon ; pour une même taille, il est dans le rapport de 3 chez celle-là, à 2 chez celui-ci.

Les faits qui viennent d'être exposés autorisent la CONCLUSION suivante : *la poussée de croissance staturale ne paraît pas jouer de rôle dans l'activation des processus tuberculeux*. Par ailleurs, l'augmentation de la fréquence des infections tuberculeuses, dont témoignent les cuti-réactions positives à la tuberculine, ne peut pas être, très vraisemblablement, la conséquence de la croissance staturale.

Ces données confirment l'opinion que j'ai émise en 1928 à propos de la tuberculose pulmonaire (1) : « La croissance staturale, dans la majeure partie des cas, n'a pas d'influence sur l'apparition de la tuberculose pulmonaire à la période pubertaire. »

J'ai établi, d'autre part (2), que les *hautes statures*, *les hypertrophies staturales physiologiques* ne favorisent pas la tuberculose : « Une haute stature ne crée pas une prédisposition à la tuberculose pulmonaire. »

B. — Accroissement et entrée en activité des glandes sexuelles

Les phénomènes de la puberté sont subordonnés à l'accroissement et au perfectionnement de la structure des glandes sexuelles, testicules ou ovaires, à l'activité de leurs fonctions endocrines et enfin à l'installation de la fonction de génération ou de reproduction.

L'influence favorisante qui peut exercer sur la tuberculose l'évolution des glandes sexuelles a été étudiée principalement chez les *filles*. Chez elles, en effet, la première menstruation permet de préciser la date de l'éclosion de la puberté.

Chez la fille, la puberté *débute* à 12 ans ou dans la treizième année, a son *éclosion* à 13 ans ou dans la quatorzième année (première menstruation), s'achève à 15 ans ou dans la seizième année.

Précisons les RELATIONS ENTRE LA PUBERTÉ ET LA MALADIE TUBERCULEUSE CHEZ LA FILLE.

Pour 100 filles du même âge :

1° Le nombre des **cuti-réactions positives à la tuberculine** passe de 65,1 (moyenne des onzième et douzième années) à 71,7 (moyenne des quatorzième et quinzième années), en augmentation de 6,6.

2° Le nombre des **tuberculoses actives** (3) passe de 19,5 (moyenne des douzième et treizième années) à 27 (quatorzième année) et 34,9 (quinzième année), en augmentation de 15,4.

L'augmentation du nombre des cuti-réactions positives pendant cette période, est moindre que pendant la poussée de croissance staturale qui la précède (6,6 au lieu de 11). L'augmentation des tuberculoses actives est, par contre, beaucoup plus forte (15,4 au lieu de 1,7).

On peut préciser les RELATIONS ENTRE LA PREMIÈRE MENSTRUATION ET LE DÉBUT CLINIQUE DE LA TUBERCULOSE.

Voici les conclusions que j'ai dégagées (4) des recherches poursuivies avec Sotirios B. Briskas et Alphonse Abaza (5).

Pour 100 tuberculeuses de 10 à 15 ans, qui sont réglées, le début clinique de la tuberculose par rapport à la première menstruation :

Coïncide avec celle-ci	7,8 fois
Est antérieur	33,3 »
Est postérieur	58,8 »

La *précession du début clinique de la tuberculose* est, suivant les cas, de quelques semaines, de quelques mois, d'un, deux ou trois ans.

La *précession de la première menstruation* est pour 100 cas :

De 1 ou 2 mois	6,6 fois
De 6 à 12 »	36,6 »
De 1 à 2 ans	40,0 »
De 2 à 3 »	16,6 »

(1) NOBÉCOURT (P.). *Clinique médicale des enfants, La tuberculose*, Masson et Cie, Paris 1929. VII. Evolution pubertaire et tuberculose pulmonaire chez les filles (28 janvier 1928).

(2) NOBÉCOURT (P.). *Clinique médicale des enfants, Troubles de la croissance, de la puberté, de la nutrition et des glandes endocrines*, Masson et Cie, Paris 1936. V. Hautes statures et tuberculose pulmonaire dans l'enfance (17 janvier 1931). — Hypertrophie staturale et tuberculose pulmonaire dans l'enfance et la jeunesse. *La Vie médicale*, 25 février 1932, p. 187.

(3) Calculé pour les filles ayant des cuti-réactions positives à la tuberculine.

(4) NOBÉCOURT (P.). Première menstruation et tuberculose, *Le Concours médical*, 26 juillet 1936. — Des relations entre la première menstruation et le début clinique de la tuberculose, *La Presse médicale*, 20-23 novembre 1940.

(5) NOBÉCOURT (P.), BRISKAS (S. B.) et ABAZA (A.). Rapports entre la tuberculose extra-génitale et l'âge de la première menstruation, *Le Progrès médical*, 18 juillet 1936. — Rapports entre l'âge des premières règles et l'âge du début clinique de la tuberculose suivant les formes cliniques, *Le Progrès médical*, 7 novembre 1936.

Etant donné l'importance diverse de ces écarts, il convient de discriminer l'interprétation des faits :

a) Quand la précession de la première menstruation est de 1 mois à 2 ans, éventualité la plus fréquente (83,2 pour 100 des cas), la tuberculose devient active pendant la phase terminale de la puberté, il est possible que celle-ci exerce une influence favorisante sur la tuberculose.

b) Quand la tuberculose débute au cours de la troisième année qui suit la première menstruation (16,6 pour 100 des cas), la puberté est achevée et on ne peut lui attribuer une influence favorisante sur la maladie.

En ce qui concerne l'influence exercée par la première menstruation elle-même, remarquons que le début clinique de la tuberculose coïncide rarement (7,8 pour 100 des cas) avec elle, lui est assez souvent antérieur (33,3 pour 100 des cas) de quelques mois, d'un, deux ou trois ans, et lorsqu'il lui est postérieur, est surtout fréquent dans le deuxième semestre de la première année (36,6 pour 100 des cas) et la deuxième année (40,6 pour 100 des cas) de la phase terminale de la puberté. Des réserves s'imposent donc relativement à l'influence de la première menstruation sur le début clinique de la tuberculose.

En CONCLUSION : chez les filles, *pendant la période pubérale, le nombre des tuberculoses actives augmente* et le *début clinique de la tuberculose est fréquent*, surtout dans la phase terminale, qui succède à la première menstruation. Mais *ces données statistiques ne prouvent pas que cette activation de la tuberculose soit liée à une influence favorisante des phénomènes de la puberté.*

Il ne faut pas oublier, par ailleurs, que dans la quinzième année nombreuses sont les *tuberculoses inactives :* sur 100 filles réagissant ou non à la tuberculine, 25,7 ont des tuberculoses actives, 74,3 ont des tuberculoses inactives ou sont indemnes ; sur 100 filles ayant des cuti-réactions positives à la tuberculine, 34,9 seulement ont des tuberculoses actives, 65,1, près du double, ont des tuberculoses inactives.

Il faut donc des arguments pour admettre l'influence favorisante de la puberté sur la tuberculose.

Examinons les PHÉNOMÈNES DE LA PUBERTÉ SUSCEPTIBLES D'EXERCER UNE ACTION FAVORISANTE SUR LA TUBERCULOSE.

Pour établir l'influence des glandes sexuelles on a étudié les effets de la *castration*, de la *folliculine*, des *hormones mâles*.

A) La **castration.** — 1° Les vétérinaires ont observé que la *vache* et le *taureau* sont plus souvent tuberculeux que le *bœuf*.

2° Les *lapins* et les *cobayes castrés*, infectés expérimentalement par une injection de bacilles de Koch, ont des survies plus longues que les témoins : les lapins survivent treize mois et les témoins six mois (Schedtler) ; les cobayes mâles survivent jusqu'au huitième mois, les cobayes femelles jusqu'au sixième mois, les témoins meurent le quatrième ou le cinquième mois (Pierre Bourgeois) (1).

3° Chez la *femme*, les effets de la castration diffèrent suivant les relations entre le moment de l'intervention et l'époque de l'infection tuberculeuse.

Si la femme est déjà tuberculeuse, la castration est « souvent suivie d'une recrudescence de l'infection tuberculeuse ». Si la tuberculose s'installe chez une femme castrée depuis plusieurs années, la maladie « présente habituellement une évolution discrète ou abortive » (Pierre Bourgeois) (2).

4° La *ménopause naturelle* exerce une influence de même ordre que la castration. Elle « est un facteur essentiel d'apparition ou d'aggravation de la tuberculose pulmonaire ». C'est au cours des six années qui en suivent les premiers symptômes que celle-ci apparaît ou s'aggrave.

5° L'influence des *aménorrhées secondaires des tuberculeuses* sur l'évolution de la maladie a suscité des opinions discordantes : suivant les auteurs, elles l'aggravent, ou l'empêchent ou sont indifférentes.

Voici les constatations que j'ai faites avec S. B. Briskas et A. Abaza à la période pubérale (3).

A la puberté, l'aménorrhée s'installe chez 45,2 pour 100 des tuberculeuses qui ont eu leur première menstruation. Sur 100 cas, elle s'installe 16,6 fois avant le début clinique de la tuberculose, 50 fois au moment de ce début, 33,3 fois pendant l'évolution. Elle est l'apanage des formes sévères.

La plupart de ces aménorrhées appartiennent aux *aménorrhées silencieuses* de J. Caussimon, liées à la suppression totale de la fonction ovarienne ; sur 100 aménorrhéiques, 11,3 seulement ont eu des *aménorrhées actives*, s'accompagnant à l'époque présumée des règles d'une réaction thermique ou d'équivalents menstruels (hémoptysies, épistaxis, etc.). Delié, en 1932, a donné le même pourcentage.

La durée de l'aménorrhée est fonction de l'évolution des lésions tuberculeuses ; l'amélioration de la maladie entraîne la reprise de la fonction ovarienne ; parfois cependant la réapparition des règles coïncide avec un retour offensif de la maladie.

D'après nos observations l'aménorrhée n'aggrave pas la tuberculose ; elle nous paraît indifférente ou peut, dans une certaine mesure, exercer une action empêchante.

L'aménorrhée, nous l'avons vu ci-dessus, s'installe rarement avant le début clinique de la tuberculose, le plus souvent au moment de ce début, assez souvent pendant l'évolution. Elle semble donc bien être secondaire. Je ne partage pas l'opinion de H. Mollard, L. Léger et H. Maschas (1) qui écrivent : « Ce n'est pas parce que la tuberculose se prolonge que les règles perdent leur rythme régulier, c'est parce que les règles ont perdu leur rythme régulier que la tuberculose se prolonge et souvent conduit la malade à la mort. »

B) La **folliculine.** — Les cobayes inoculés expérimentalement avec des bacilles de Koch et traités par la folliculine ne paraissent pas être influencés, d'après Jean Paraf et Delié (1932), L. de Gennes, P. Salles et Bonnet. Chez les cobayes tuberculisés et traités par des injections de quantités considérables de folliculine, écrit L. de Gennes (2), « il ne semble pas que ces injections aient modifié de façon bien nette la date d'apparition ou les modalités évolutives de cette tuberculose expérimentale ».

Pour Pierre Bourgeois, les cobayes, entiers ou castrés, infectés par le bacille de Koch et traités par des injections bihebdomadaires de folliculine cristallisée, meurent pendant le quatrième mois, en légère avance sur les témoins ; les femelles entières, traitées par la folliculine, ont des chancres d'inoculation plus étendus que ceux des témoins.

Par ailleurs, les phénomènes congestifs qu'on peut observer au niveau des lésions pulmonaires au moment des périodes menstruelles et qui sont parfois une cause d'hémoptysies ne paraissent pas, d'après les expérimentateurs, relever nettement de l'action de la folliculine (3). Pour certains, la folliculine a une action hypertensive et provoque la vaso-dilatation de l'oreille du lapin ; pour d'autres, elle n'a aucune action sur la pression sanguine ou a un effet hypotensif et se comporte comme un agent pharmacodynamique vagotrope.

Somme toute, les expériences sur la folliculine sont peu concluantes. Elles « autorisent cependant à penser, écrit Marc Duret (4), que la folliculine aux fortes doses employées produit chez la femelle une légère accélération de la tuberculose expérimentale ».

De son côté, la **lutéine** n'a aucun effet. Des cobayes femelles non castrées, tuberculisées expérimentalement, traitées par Pierre Bourgeois avec 0 gr. 10 d'extrait de corps jaune, deux fois par semaine, meurent, comme les témoins, en quatre ou cinq mois.

C) **L'hormone mâle.** — D'après Pierre Bourgeois, des cobayes mâles non castrés, tuberculisés expérimentalement et traités par des injections bihebdomadaires d'hormone mâle cristallisée, survivent jusqu'au huitième mois tandis que les témoins meurent le quatrième ou le cinquième.

De **l'ensemble des faits expérimentaux** il résulte que chez le mâle et la femelle la tuberculose est influencée de façons différentes par les glandes sexuelles :

1° La *castration* entraîne une prolongation de la survie et celle-ci est plus longue chez le mâle que chez la femelle.

2° Les injections de *folliculine* semblent entraîner une légère accélération de la tuberculose, les injections d'*hormone mâle* un certain ralentissement de son évolution.

Il convient donc de **considérer séparément les deux sexes.**

En ce qui concerne les *filles*, au moment de la puberté, « le brusque envahissement de l'organisme par les hormones sexuelles, écrit Marc Duret, est le facteur déterminant de la tuberculose pubertaire, surtout lorsque cet envahissement est trop rapide ou trop intense ». Cette opinion, après l'examen des faits exposés ci-dessus, ne me paraît pas démontrée. D'ailleurs Marc Duret ajoute un correctif : ou bien, au contraire, quand l'envahissement est « trop retardé ou insuffisant ».

Il convient d'être plus réservé. Henri Mollard et Marc Duret (5) pensent qu'un déséquilibre hormono-sexuel favorise la tuberculose, que l'équilibre a une action salutaire ; « il existe des facteurs généraux hormono-sexuels grâce auxquels le terrain résistant d'habitude devient brusquement ou lentement plus apte à permettre l'éclosion de telle ou telle maladie ».

En ce qui concerne les *garçons* on ne peut guère faire d'hypothèse, puisque la castration et l'injection d'hormone mâle prolongent, toutes deux, la survie des animaux tuberculeux.

(1) BOURGEOIS (Pierre), Mmes BOQUET-JESINSKY (M.) et BOURGEOIS (Pierre). Etude expérimentale et thérapeutique sur les accidents menstruels des tuberculeuses (Troisième mémoire sur la poussée menstruelle des tuberculeuses), *Revue de la tuberculose*, 5e série, tome 5, n° 7, p. 754, juillet 1939.

(2) BOURGEOIS (Pierre), Mme BOQUET-JESINSKY (M.) et LEVERNIEUX (J.). Tuberculose, ménopause et castration (Deuxième mémoire sur la poussée menstruelle des tuberculeuses), *Revue de la tuberculose*, 5e série, tome 5, n° 5, p. 546, mai 1939.

GONFROY (Alfred, Louis). La tuberculose des femmes castrées, *Thèse de Paris*, 1940. Jouve et Cie.

(3) NOBÉCOURT (P.), BRISKAS (S. B.) et ABAZA (A.). Troubles de la menstruation chez les tuberculeuses à la période de puberté, *La Presse médicale*, 7 octobre 1936.

(1) MOLLARD (H.), LÉGER (L.), MASCHAS (H.). Les hormones sexuelles de la femme, *Le Bulletin médical*, 55e année, n° 20, 17 mai 1941, p. 229.

(2) DE GENNES (L.). Tuberculose et puberté, *in* LAROCHE (Guy). *La puberté. Etude clinique et physiopathologique*, Masson et Cie, Paris, 1938.

(3) SIMONNET (Henri). Le rôle de l'hormone folliculaire en physiologie normale et pathologique. Etude expérimentale, clinique et thérapeutique. *Thèse de Paris*, 1936, pages 141 et 143, Masson et Cie.

(4) DURET (Marc). La tuberculose pulmonaire chez la femme, *Thèse de Paris*, 1941, Jouve et Cie.

(5) MOLLARD (H.) et DURET (M.). Une démonstration expérimentale de l'action du terrain sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire : le terrain hormono-sexuel, *Revue de la tuberculose*, 5e série, tome 6, n°s 1 et 2, p. 41, janvier-février 1941.

La complexité des faits rend bien difficile l'interprétation des actions hormonales sur la tuberculose. Il ne faut pas oublier l'*intersexualité des hormones sexuelles.*

L'organisme du mâle contient de la folliculine. Les garçons ont de la folliculinurie et celle-ci devient particulièrement abondante à l'âge de la puberté (1).

Chez la femme, l'hormone mâle agit comme antagoniste de la folliculine. D'après Pierre Bourgeois, ainsi que d'après H. Mollard et M. Duret, les injections à des tuberculeuses de progestérone peuvent atténuer ou supprimer les poussées congestives pulmonaires et les hémoptysies menstruelles chez les hyperfolliculinémiques, améliorer l'état général ; mais la prolongation du traitement peut aggraver la tuberculose.

Dans l'état actuel de nos connaissances il ne me paraît pas possible d'émettre une opinion définitive relativement à l'action exercée par les hormones sexuelles, à la puberté, sur l'évolution de la tuberculose.

Dans les années qui précèdent la puberté et à la puberté, l'organisme des garçons et des filles est le siège de transformations importantes qui portent sur les diverses glandes endocrines, le système neuro-végétatif, la nutrition générale, etc. Il peut en résulter la réalisation d'un terrain favorable à la greffe et à la pullulation du bacille de Koch. C'est ainsi que, d'après Pierre Bourgeois, l'hormone gonadotrope semble favoriser l'évolution de la tuberculose expérimentale chez le cobaye femelle, la ralentir chez le cobaye mâle. Bien des facteurs sont susceptibles d'intervenir. Comme L. de Gennes, « je pense que, s'il fallait tirer de cette étude une conclusion pathogénique, on la trouverait plus sûrement dans l'exaltation générale des sécrétions et des échanges que dans l'inculpation, jusqu'ici, toute gratuite, de telle ou telle hormone ».

Concluons :

A la puberté, le nombre des tuberculoses actives et sévères augmente dans les deux sexes.

Il est possible que la puberté réalise un terrain favorable à l'évolution de la tuberculose. Mais il ne semble pas que celle-ci soit subordonnée directement aux hormones sexuelles.

D'ailleurs beaucoup de sujets échappent à la tuberculose : dans la quinzième année, sur 100 filles ayant des cuti-réactions positives à la tuberculine, 65 ne sont pas des malades.

L'intervention d'autres facteurs paraît donc nécessaire. Je ne puis que répéter ce que je disais en terminant ma leçon du 28 janvier 1928 :

« Une évolution pubertaire normale, quand l'hygiène est bonne, ne paraît pas exercer une influence favorisante. Mais, si la puberté est troublée, si son évolution n'est plus physiologique, s'il intervient des conditions défectueuses de l'hygiène, une mauvaise alimentation, un travail fatigant à l'école, à l'atelier ou à l'usine, les filles sont peut-être plus prédisposées à cette période qu'à d'autres à présenter des tuberculoses pulmonaires évolutives. L'importance des conditions hygiéniques, si grande à tous les âges, est particulièrement à cette période de la vie. »

(1) Nobécourt (Pierre). Déterminisme et thérapeutique du féminisme pendant l'enfance et la jeunesse, *Gazette des Hôpitaux*, 115e année, numéros 15-16, 25-28 février 1942, p. 145.

LE SULFAMIDE β CAMPHO-SULFONIQUE DANS LE TRAITEMENT DES PLEURÉSIES PURULENTES A STREPTOCOQUES

par M. Jean Raimbault

L'emploi des sulfamides a profondément transformé l'évolution des pleurésies purulentes aiguës, en particulier des formes streptococciques où l'on évite souvent une intervention chirurgicale toujours shockante. Les résultats obtenus restent cependant inégaux et cela tient, croyons-nous, non seulement à la diversité des techniques thérapeutiques mises en œuvre et qui se sont révélées plus ou moins actives, mais encore aux propriétés variables des produits utilisés jusqu'à présent. Nous avons récemment employé un nouveau dérivé sulfamidé qui nous a paru supérieur aux autres ; nous ne pouvons malheureusement rapporter qu'une seule observation, mais si nous la rendons publique dès aujourd'hui c'est avec l'espoir que nos résultats encourageants pourront être utiles aux expérimentateurs.

Mme P..., 19 ans, s'alite le 17 décembre 1941 pour un état grippal à forme pulmonaire bientôt compliqué d'un épanchement pleural gauche à liquide hémorragique.

C'est le 27 décembre seulement qu'elle entre dans notre service avec des S. G. révélateurs d'un état infectieux grave : facies terreux aux traits tirés, asthénie profonde, inappétence absolue, gros amaigrissement, aménorrhée depuis le début de la maladie. Pouls rapide, température oscillant irrégulièrement entre 38° et 39°. Formule sanguine : 3.070.000 G.R., 29.760 G.B. avec polynucléose à 79 %.

Elle se plaint d'un point de côté persistant de la base gauche, de dyspnée, d'une toux fréquente surtout nocturne aboutissant à une expectoration purulente non bacillifère.

L'examen physique met en évidence à gauche une matité de la base avec abolition du murmure, atteignant en arrière l'omoplate, occupant toute l'aire axillaire, ne respectant en avant qu'un étroit champ sonore au-dessous de la moitié interne de la clavicule où l'on entend, ainsi que dans la fosse sus-épineuse, quelques gros râles humides.

La radio montre de ce côté : 1° Une opacité ovalaire à contours nets, plaquée contre la paroi axillaire, dont le pôle supérieur atteint le deuxième espace intercostal, dont le pôle inférieur se perd dans l'opacité de la base et dont le bord droit convexe en dedans reste distant de 4,5 cm. de l'ombre médiastinale ; 2° Une opacité qui occupe toute la base gauche, sans limite supérieure précise, se confondant en dehors et en haut avec l'opacité axillaire. Le cœur et les organes médiastinaux sont refoulés vers la droite.

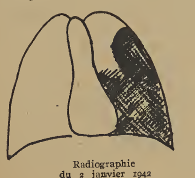
Après repérage radiologique nous pratiquons sur la ligne axillaire, par le quatrième espace intercostal, une ponction exploratrice qui ramène quelques centimètres cubes d'un pus épais où l'examen bactériologique montre du streptocoque en abondance. Par l'aiguille laissée en place injection de 5 centimètres cubes de lipiodol qui permettent de situer à hauteur de la septième côte le bas-fond de la poche purulente.

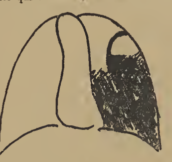
Dès le 4 janvier nous instituons un traitement général au campho-sulfonate de sulfamide administré per os à doses fortes pendant neuf jours, traitement auquel nous associons tous les deux jours, du 4 au 14 janvier, des évacuations aussi complètes que possible de la poche axillaire. Cette thérapeutique n'amène aucune amélioration sensible : la température reste élevée, irrégulière, les S. G. offrent la même gravité qu'au premier examen. Localement une radio faite le 15 janvier montre à gauche les mêmes images que précédemment : la cavité enkystée garde ses dimensions, mais la présence d'air permet de voir au-dessus du niveau liquide qu'elle est limitée par une coque épaisse de 6 millimètres ; l'épanchement de la base reste aussi abondant, refoulant le cœur. D'ailleurs, comme nous pûmes le constater après chaque ponction, le pus gardait les mêmes caractères qu'au premier jour, aussi riche en streptocoques, se reformant rapidement.

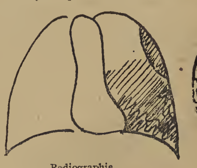
Abandonnant alors toute thérapeutique générale, nous avons recours au seul traitement local par ponctions évacuatrices de la poche purulente suivies de lavages à la solution sulfamidée. Le premier lavage est fait le 2 février : après avoir retiré 60 cc. de pus, nous lavons la cavité avec 200 cc. d'une solution à 1 % de campho-sulfonate de sulfamide, jusqu'à ce que le liquide de lavage ressorte presque limpide. Après aspiration de 30 cc. de l'air intrapleural, nous terminons par une injection dans la cavité de 3 gr. de campho-sulfonate de sulfamide en solution dans 10 cc. de sérum physiologique, laissés à demeure jusqu'au lavage suivant.

Second lavage le 7 février ; même technique : évacuation de 130 cc. de pus ; lavage avec 200 cc. de la solution sulfamidée à 1 % ; aspiration de 30 cc. d'air et injection terminale de 3 gr. de sulfamide. Il n'y eut pas de troisième lavage. Les heureux résultats de ce traitement furent en effet immédiats. Le 3 février, Mme P... éprouvait à son réveil un grand bien-être : la toux s'était atténuée. A partir de ce jour l'état général s'améliora rapidement : la température tomba en lysis redevenant normale le 8 février, les forces et l'appétit revinrent, l'expectoration diminua progressivement pour tomber à zéro vers le 16 février. Au second lavage le pus était beaucoup plus clair et lorsque, les 12 et 13 février, nous tentâmes une ponction en trois points différents en vue d'un troisième lavage que nous pensions nécessaire, nous ne pûmes retirer une seule goutte de liquide. La cavité pleurale axillaire était asséchée.

Une radio faite le 19 février corroborait ces résultats : l'image de la poche enkystée était maintenant réduite à une opacité allongée large d'à peine 3 cm., sans niveau liquide ; le poumon gauche apparaissait derrière la pachypleurite de la base, visible jusqu'au diaphragme ; les organes médiastinaux avaient repris leur place normale. Il ne restait en somme de la pleurésie enkystée qu'une étroite poche, que sa coque


Radiographie du 2 janvier 1942


Radiographie du 15 janvier 1942


Radiographie du 19 février 1942

distendue par l'air résiduel rendait encore visible ; l'épanchement de la base avait disparu.

La malade quitta l'hôpital le 2 mars 1942 après 23 jours d'apyrexie, ayant repris 5 kg. 600, ne toussant et ne crachant plus. Une dernière numération globulaire faite le 26 février donnait : 4.850.000 G.R. et 8.350 G.B.

Le 25 juin nous pûmes revoir Mme P... à la radioscopie ; l'image thoracique était redevenue sensiblement normale : il n'y avait plus trace de l'opacité axillaire gauche ; la pachypleurite de la base avait presque disparu ; l'hémidiaphragme gauche était bien mobile.

Bien que cette observation ne concerne qu'une pleurésie enkystée, elle nous autorise cependant à faire quelques remarques sur le traitement sulfamidé des pleurésies purulentes à streptocoques.

Nous avons eu recours à deux méthodes thérapeutiques. La première, s'inspirant de celle décrite par Levy-Valensi, de Sèze et Pinès (*Presse Médicale*, 2 septembre 1939), consiste en l'emploi des sulfamides par voie buccale, auquel nous associons des ponctions répétées de la cavité purulente pour évacuer le pus et en suivre les transformations. Comme nous l'avons montré ce traitement ne modifia en rien l'évolution de la maladie puisque l'état général conserva ses caractères de gravité et que le liquide évacué restait à la dernière ponction aussi riche en streptocoques. Nous expliquons cet échec par le fait que la voie sanguine ne peut toujours apporter une concentration en sulfamide assez forte au niveau du foyer purulent, surtout lorsque celui-ci est circonscrit par une coque épaisse plus ou moins perméable au médicament, comme ce fut le cas pour notre malade traitée tardivement.

Ce n'est que vingt jours plus tard, à une époque où l'on ne pouvait attribuer au premier traitement les résultats obtenus, que nous eûmes recours à la seconde méthode.

Nous inspirant alors de la technique employée par Fautrel (*Gazette Médicale de France*, novembre 1941, n° 2), nous utilisâmes les grands lavages pleuraux à la solution sulfamidée en circuit fermé à l'aide d'une seringue à double courant. Mais, au lieu de faire un simple lavage avec une solution à 4 %, nous nous sommes servi d'une solution à 1 % et avons fait suivre notre lavage d'une injection intrapleurale de sulfamide que nous laissions *in situ* jusqu'à la ponction suivante. Ainsi non seulement la cavité était parfaitement vidée et lavée, mais encore la quantité de sulfamide laissée après la ponction renforçait et prolongeait l'action du lavage, agissant, les heures et les jours suivants, sur la membrane pyogène et empêchant ainsi le développement du streptocoque. Cette technique amena rapidement la guérison.

Par conséquent, sans vouloir nier l'efficacité d'un traitement sulfamidé général dans les pleurésies à streptocoques, il nous semble que dans un très grand nombre de cas c'est à la sulfamidothérapie locale surtout qu'il faut avoir recours et que c'est bien souvent d'elle seule que l'on doit attendre la guérison du malade. Ceci devient particulièrement évident lorsqu'une épaisse pachypleurite isole complètement la collection, la rendant inaccessible au traitement général. Pourtant le traitement local n'aura de chance d'être rapidement efficace qu'à la condition d'obtenir au niveau du foyer purulent une concentration assez élevée en sulfamide et c'est pourquoi nous attachons une importance primordiale au choix du corps utilisé.

La solubilité des sulfamides employés jusqu'à présent par les différents expérimentateurs est malheureusement trop basse ; elle nécessite l'injection de quantités importantes de solution pour n'obtenir qu'une concentration insuffisante, souvent d'ailleurs plus ou moins bien tolérée des malades du fait de la causticité de certains solvants. Dans le cas que nous relatons ici, nous avons utilisé le β campho-sulfonate de p. aminobenzène sulfamide (corps 809 ou silénan) correspondant à la formule suivante :

C — C. CH_2 SO_3H — NH_2 [noyau benzénique] SO_2 NH_2
CO

NOYAU CAMPHO-SULFONIQUE — NOYAU SULFAMIDE

Ce corps nous a donné toute satisfaction. Il se présente sous forme d'une poudre blanche, dont la solubilité exceptionnelle (180 % à 15°, 210 % à 37°) le rend particulièrement maniable et permet d'obtenir extemporairement des solutions à concentration voulue. Cette propriété s'apprécie surtout lors de l'injection intrapleurale dont nous faisions suivre nos lavages, puisque avec 10 ou 20 cc. seulement de solvant on peut injecter la quantité de produit désirée. Ainsi, suivant les circonstances, en rapprochant plus ou moins les ponctions, en utilisant des solutions laveuses plus ou moins concentrées, en injectant dans la plèvre une quantité plus ou moins grande de sulfamide, il est possible d'appliquer une thérapeutique locale très efficace adaptée à chaque malade et permettant de s'abstenir de tout traitement général sulfamidé. Le sulfamide β campho-sulfonique est en effet, très diffusible et portera son action jusque dans les moindres recoins de la cavité pleurale. Il est en outre parfaitement toléré par l'organisme même à doses élevées, sans que l'on ait à craindre ces accidents de cyanose, de céphalée, de dépression générale parfois observés dans l'emploi du sulfamide pur et qui ont pu dans bien des cas nécessiter l'arrêt ou la suspension du traitement ; par son noyau campho-sulfonique il stimule en effet les fonctions circulatoire, respiratoire et rénale, exerçant particulièrement son action myotonique sur la fibre cardiaque, les bronchioles et les artérioles des glomérules rénaux.

Nous n'insisterons pas davantage sur la technique que nous avons employée ; disons seulement que l'extrême solubilité du silénan la simplifie grandement et la rend partout utilisable puisque l'eau bouillie suffit comme solvant. Nous tenons cependant à préciser que les doses de sulfamide administrées par nous tant pour les solutions laveuses que pour les injections intrapleurales terminales, ne concernent que le cas de notre malade. Il est évident que ces doses devront être plus ou moins élevées suivant la forme et l'étendue de la pleurésie purulente, leur appréciation devant s'adapter aux circonstances de l'évolution.

Nous n'avons pas la prétention de tirer des conclusions hâtives d'une seule observation, mais il nous a paru intéressant de la reproduire en soulignant l'importance du traitement local et les avantages du dérivé sulfamidé que nous avons employé et qui, nous en sommes convaincu, est appelé à rendre de très grands services dans le traitement des pleurésies purulentes à streptocoques.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE.

SÉANCE DU 5 JANVIER 1943

Après une interruption de quinze jours l'Académie a repris ses travaux.

Installation du bureau. — M. GUILLAIN, président sortant, prononce le discours d'usage et cède le fauteuil présidentiel à M. Balthazard qui prononce à son tour une allocution.

Formes irréductibles de l'insuffisance alimentaire chez l'adulte. — MM. Charles RICHET, Guy LESUEUR et Gérard DUHAMEL notent ce fait que ces formes surviennent surtout dans les restrictions prolongées et à partir de 50 ans. Ces formes sont les suivantes : 1° les formes difficilement réversibles, l'amélioration est lente et n'est pas complète ; 2° les formes irréversibles, le malade reste pendant des mois dans le même état de cachexie et d'amaigrissement ; 3° les formes progressives, malgré une bonne alimentation le malade s'aggrave et finit par succomber.

La pathogénie paraît la suivante : au début le trouble fonctionnel est rapidement amélioré par une bonne alimentation, mais rapidement des lésions surviennent, qui progressent. A un certain degré la nutrition ne peut plus s'effectuer progressivement même si l'alimentation est parfaite.

L'hémo et la lactoagglutination rapides appliquées au diagnostic et à la prophylaxie des brucelloses. — Mlle CORDIER et M. L. BRUMPT (note présentée par M. HARVIER). — L'avortement épizootique des bovidés dû au bacille de Bang cause, chaque année, de lourdes pertes à l'élevage français et à l'industrie laitière. D'autre part, certaines brucelloses animales, en particulier l'infection de la chèvre par *Brucella melitensis* constituent pour l'homme un réel danger. Leur diagnostic est possible à l'étable, au pâturage ou sur le champ de foire grâce à des techniques simples, rapides et sûres, d'agglutination portant sur une goutte de lait ou sur une goutte de sang. Ces méthodes ont été expérimentées avec succès par les auteurs en Tunisie et au Maroc.

En éprouvant dans les laiteries des échantillons de lait de diverses provenances, on peut préciser la répartition de la maladie dans un pays donné et contrôler la déclaration qui est obligatoire. Dans une étable où survient un avortement, le vétérinaire peut savoir immédiatement s'il s'agit bien d'une infection à *Brucella* et entreprendre sans retard la vaccination des autres animaux. Enfin, on peut préserver un élevage sain en soumettant à l'épreuve d'agglutination préalable l'animal que l'on désire importer.

A partir d'un cas humain de fièvre de Malte, l'enquête vétérinaire entreprise dans le troupeau suspect, permettrait de découvrir les chèvres infectées.

Lactation et restrictions. — Mme L. RANDOIN et Mlle A. RAFFY apportent un travail établissant la diminution importante de la teneur en vitamine B des laits de femme au cours de la période actuelle des restrictions alimentaires.

Prix proposés pour l'année 1943

Les concours seront clos fin février 1943. (P. I. : Partage interdit.)

PRIX DE L'ACADÉMIE (P. I., 1.000 francs). Question : *Thérapeutique par les corps sulfamidés.* — PRIX DU PRINCE ALBERT Ier DE MONACO (P. I., 100.000 francs). Travail dont l'Académie désignera elle-même la nature. — P. ALVARENGA DE PIAUHY (P. I., 1.200 francs). — FONDATION ANONYME. *Anonymat interdit* (5.000 francs ou arrérages en 1946). — P. APOSTOLI (P. I., 1.000 francs). — P. ARGUT (P. I., 800 francs). — P. AUDIFFRED (P. I., Un titre de rente 3 % de 24.000 francs). — P. DU BARON BARBIER (P. autorisé, 2.500 francs. — P. LAURE-FRANÇOIS BARTHÉLEMY (P. I., 3.000 francs). — P. BERBAUTE. *Anonymat interdit* (P. autorisé. Un titre de rente 3 % de 3.092 francs). — P. LOUIS BOGGIO (P. I., 4.800 francs). — P. BOUCHET-RENAULT. *Anonymat interdit* (P. autorisé, 5.000 francs). — P. MATHIEU BOURCERET (P. I., 1.200 francs). P. DE Mme LE Dr GÉNA BRUNINGHAUS (10.000 francs ou arrérages en 1944). — P. BUIGNET (P. I., 1.600 francs). — P. ADRIEN BUISSON (P. I., 12.000 francs). — P. ELISE CAILLERET (P. I., 500 francs). — P. CAPURON (P. autorisé, 2.000 francs). Question : *Eaux minérales et contractions bronchiques. Applications cliniques et thérapeutiques.* — P. CHEVILLON (P. I., 3.000 francs). — P. CIVRIEUX (P. I., 1.000 francs). Question : *Pathogénie des comas non traumatiques.* — P. CLARENS (P. I., 500 francs). — P. DU Dr EMILE COMBE (P. I., 3.000 francs). — P. DU XIIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE DE PARIS DE 1900 (P. I., 8.000 francs). — P. DAUDET (P. I., 2.500 francs). Question : *Essais thérapeutiques sur le cancer secondaire des os.* — FONDATION DE M. ET Mme DAY (Deux titres de rente de 3.000 francs).

P. DEMARLE. *Anonymat interdit* (P. I., 850 francs). — P. DESPORTES (P. autorisé, 1.500 francs). — P DU Dr DRAGOVITCH (P. autorisé, 2.500 francs). — P. DE Mme DRAGOVITCH (P. autorisé, 2.000 francs). — FONDATION FERDINAND DREYFOUS (P. I., 1.400 francs). A l'interne en médecine qui aura obtenu la médaille d'argent. — P. FERDINAND DREYFOUS. *Anonymat interdit* (P. I., 2.800 francs). — P. FALRET (P. I., 1.500 francs). Question : *Troubles psychiques des azotémiques*. — P. GASTON FOURNIER (P. autorisé, 5.000 francs). — P. HENRI et MAURICE GARNIER (P. autorisé, 900 francs). — P. VULFRANC-GERDY (L'Académie met au concours une place de stagiaire aux Eaux minérales). — P. ERNEST GODARD (P. I., 1.000 francs). Au meilleur travail sur la pathologie externe. — P. JACQUES GUÉRÉTIN (P. autorisé, 1.500 francs). — FONDATION GUZMAN. *Anonymat facultatif* (P I., Un titre de rente de 2.500 francs). — P. GUILLAUMET. *Anonymat et p. interdits* (1.500 francs). — P. CATHERINE HADOT (P. autorisé, 3.600 francs). — P. DU Dr FRANÇOIS HELME (P. I., 3.000 francs). — P. THÉODORE HERPIN, de Genève (P. I., 3.000 francs). — P. HENRI HUCHARD (P. autorisé, 8.000 francs). — P. HUGUIER (P. I., 4.000 francs). — P. INFROIT. *Anonymat interdit* (P. I., 3.000 francs). — P. JACQUEMIER. *Travaux imprimés*. (P. I., 2.500 francs). — P. JANSEN (Dix parts de 10.000 francs). — P. LABORIE (P. I., 8.000 francs). — P. DU BARON LARREY (P. autorisé, 660 francs). — FONDATION LAVAL (P. I., 1.200 francs). — P. JULES LEFORT (P. I., 300 francs). — P. LE PIEZ (P. autorisé, 2.000 francs). — P. LEVEAU (P. autorisé, 3.000 francs). — P. HENRI LOROUET (P. I., 400 francs). — P. LOUIS (P. I., 4.500 francs). Question : *Les thérapeutiques de choc dans les maladies infectieuses*. — P. DE MARTIGNONI (P. autorisé, 3.000 francs). — P. MARMOTTAN (100.000 francs). — P. A.-J. MARTIN (P. autorisé, 1,200 francs). Question : *Influence des sports et de l'éducation physique sur la jeunesse en présence de l'alimentation actuelle*. — P. CLAUDE MARTIN (P. I., 800 francs). — P. MAUREL (P. I., 800 francs). — P. MÈGE (P. I., 1.500 francs). Question : *Développement des fentes branchiales chez l'homme et des anomalies qui en résultent*. — P. MEYNOT (P. I., 3.000 francs). Décerné au meilleur ouvrage sur les maladies des yeux. — P. MONBINNE (P. autorisé, 1.500 francs). — P. NATIVELLE (P. I., 1.100 francs). — P. OULMONT (P. I., 1.000 francs). A l'interne en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel des prix de l'Internat (*Médecine*). — P. PANNETIER (P. I., 4.000 francs). — P. BERTHE PÉAN (P. I., 5.000 francs). — P. DU BARON PORTAL (P. I., 1.500 francs). Question : *La préparation parenchymateuse dans les hépatites toxiques*. — P. POURAT (P. I., 1.500 francs). Question : *Les anémies toxiques expérimentales*. — P. REBOULEAU (P. I., 2.000 francs). *Travaux sur la hernie*. — P. JEAN REYNAL (P. I., 1.500 francs). P. RICAUX (P. autorisé. Deux prix de 5.000 francs). — P. PHILIPPE RICORD. *Travaux imprimés* (P. I., 800 francs). — P. ALBERT ROBIN. *Anonymat interdit* (P. I., 660 francs). — P. HENRI ROGER. *Travaux imprimés* (P. I., 2.500 francs). — P. ROUSSILHE. *Anonymat interdit* (P. autorisé. Deux prix de 10.000 francs). — P. MARC SÉE. *Travaux imprimés* (P. I., 1.600 francs). — P. TARNIER (P. I., 4.000 francs). Au meilleur travail, en français, relatif à la gynécologie. — P. TESTUT. *Anonymat interdit* (P. autorisé, 1.300 francs). — P. TREMBLAY (P. I., 10.000 francs). — P. VERNOIS (P. autorisé, 800 francs).

ACADEMIE DE CHIRURGIE

SÉANCE DU 2 DÉCEMBRE 1942

L'augmentation de fréquence des ulcères gastro-duodénaux depuis la guerre. — MM. A. LAMBLING et S. BROSSY (M. BERGERET, rapporteur). — Les auteurs émettent l'hypothèse que la carence vitaminique joue un rôle dans la genèse des ulcus.

Péritonite par perforation au cours de l'évolution d'un épithélioma du grêle. — M. R. KUSS (M. P. BROCQ, rapporteur). — L'auteur fit une résection suivie d'enterrorraphie termino-terminale. Guérison.

Sur l'emploi de la morphine et scopo-morphine en pré-anesthésie. — M. HUET montre par plusieurs observations les avantages qu'il a tiré de l'utilisation de cette méthode ; l'injection est faite quelques minutes avant l'intervention.

Un cas de thrombo-phlébite traumatique de la veine axillaire traitée par résection veineuse. — M. MERLE D'AUBIGNÉ a eu l'occasion d'observer cette lésion survenue chez un blessé atteint d'une fracture de la clavicule. L'examen histologique de la paroi de la veine montre que celle-ci est le siège d'une congestion intense allant jusqu'à l'apoplexie. La résection veineuse a donné une guérison extrêmement rapide.

La novocaïne intraveineuse comme traitement d'urgence du syndrome embolie pulmonaire post-opératoire. — MM. FUNCK-BRENTANO et J.-S. BOURDIN ont utilisé avec succès trois fois ce procédé : l'injection intraveineuse met fin immédiatement aux accidents dyspnéiques.

Il n'y a pas d'inconvénient à répéter plusieurs fois l'injection dans les 24 heures.

M. LERICHE a montré qu'on ne meurt d'embolie pulmonaire que lorsque l'embolus est engagé dans les deux branches de l'artère pulmonaire ; l'injection intraveineuse n'est qu'un moyen de différencier les cas qui relèvent du traitement médical et ceux pour lesquels il faudrait tenter l'opération de Trendelenburg.

M. SÉNÈQUE a guéri une malade par l'infiltration stellaire.

A propos du traitement des calculs de la vessie. — MM. FEY, BOUTEAU et AUZELOUX.

Le traitement du choc opératoire par la perfusion d'eau physiologique avec injection intraveineuse d'adrénaline à la demande. — MM. J. LEVEUF et JUSTIN-BESANÇON ont utilisé cette méthode pour traiter le shock au cours de certaines interventions graves ; l'adrénaline est injectée jusqu'à ce que la tension artérielle soit redevenue normale.

Expérimentalement les auteurs ont déclenché des chocs histaminiques de gravité variable ; chaque fois l'injection d'adrénaline a fait cesser les accidents de collapsus.

M. J. GOSSET estime que la méthode apportée par M. LEVEUF constitue un très gros progrès dans le traitement du shock. Il ne croit pas d'ailleurs qu'on puisse assimiler choc traumatique et choc histaminique.

M. PETIT-DUTAILLIS a utilisé l'adrénaline dans le traitement du shock médullaire ; il faut administrer l'adrénaline par dose continue et réfractée. M. Petit-Dutaillis recommande également l'emploi de la strychnine qui lui paraît supérieure à l'action de l'adrénaline.

MM. RICHARD, R. MONOD ont également utilisé l'adrénaline avec succès.

SÉANCE DU 9 DÉCEMBRE 1942

A propos de 13 cas de suture des nerfs. — M. SORREL fait remarquer que le tissu nerveux se défend bien contre l'infection ; il y aurait donc intérêt à tenter souvent des sutures primitives ; même au cas où une infection se développe les deux bouts restent au contact.

Au point de vue technique la suture peut être faite indifféremment au catgut et à la soie.

Un cas de péritonite chronique encapsulante réopérée onze ans après la première intervention. — M. VUILLIÈME. — M. ROUHIER rapporte cette observation intéressante par le fait que l'affection a continué à évoluer malgré l'absence de cause locale. La membrane encapsulante paraît s'être reconstituée deux ans après la première intervention.

M. SOUPAULT n'a relevé que cinq observations comparables à celles de M. Vuillième ; il semblerait donc que la péritonite encapsulante réalise un processus nettement évolutif.

M. MONDOR insiste sur le caractère vasculaire de la paroi.

M. PATEL a réopéré deux ans après une femme chez laquelle il avait trouvé une péritonite encapsulante ; à la deuxième intervention aucune récidive.

Utilisation de la soie dans les plastiques ligamentaires et musculaires. — M. BOPPE n'a eu que 8 % d'élimination secondaire. Il montre qu'autour de la soie se développe une sorte de gaine séreuse puis bientôt il se forme un néo-tendon dont la soie constitue l'âme. M. Boppe envisage l'utilisation de la soie dans la constitution de ligaments artificiels (épaules et coudes ballants).

M. HUC a utilisé la soie pour stabiliser les hanches paralytiques suivant un procédé qu'il indique.

M. SORREL n'a pas une expérience personnelle favorable de la soie.

M. MATHIEU estime que dans les hanches paralytiques la ténoplastie de la soie donne des résultats intéressants.

M. LEVEUF a eu cinq résultats favorables de sacrospinalplastie. Dans la réparation des tendons la soie est un excellent matériel.

Election du président. — M. HEITZ-BOYER est élu président ; M. ROUX-BERGER, vice-président pour 1943.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

SÉANCE DU 27 NOVEMBRE 1942

Hypertension à forme cérébrale, suivie d'un syndrome d'Addison par caséification des capsules surrénales, associée à une hyperplasie langerhansienne. — MM. NICAUD et DESCHAMPS.

Mélorhéostose et sclérodermie en bandes. Ostéopycnose et histopycnose. — MM. CLÉMENT, DELARUE et COMBES-HAMELLE. — Observation chez une fillette de 9 ans, d'une mélorhéostose typique (traînée opaque allant de l'omoplate à l'index gauche sur la partie postéro-externe du squelette), associée à une sclérodermie en bande. Cette superposition des lésions permet de rattacher la maladie osseuse décrite par Leri aux états sclérodermiques. Les termes d'ostéopycnose et d'histopycnose caractériseraient la densification de l'os ou de l'ensemble des tissus.

Névrite sciatique sulfamidique grave. — M. FERRU (de Poitiers). — Observation d'une fillette de 4 ans guérie d'une péritonite à pneumocoques par des injections intramusculaires de 693, au prix d'une névrite sciatique droite. L'auteur souligne l'intérêt de ces mesures et dénonce la fréquence méconnue ainsi que la gravité habituelle des accidents nerveux de la sulfamidothérapie.

A propos d'un cas de silicose pulmonaire. — M. RIST. — Observation d'un cas de silicose pulmonaire chez un tôlier qui avait exercé longuement le métier de mineur et dont la silicose fut dépistée à l'occasion d'une visite de contrôle demandée par une caisse d'assurances sociales, à propos d'une rhino-bronchite. La silicose était entièrement symptomatique.

Gangrène gazeuse consécutive à une injection intramusculaire d'un médicament antiasthmatique adrénaliné. — M. Louis RAMOND. — L'auteur insiste sur l'impossibilité de prévenir des cas analogues, étant donné leur origine endogène probable par bactériémie latente. Il estime que de tels accidents ne doivent pas faire rejeter l'emploi de certains médicaments en injections hypodermiques, leur rareté s'opposant à leurs innombrables bienfaits.

Sur l'évolution actuelle de la tuberculose pulmonaire clinique de l'adulte. — M. Roger EVEN se basant sur l'étude de 1.000 malades de 1938-1939 et 1.000 malades de 1941-1942, classés en catégories suivant la gravité de leur état, conclut :

1° Que le pourcentage des malades dans chaque catégorie est demeuré identique ;

2° Que le nombre des morts et des guéris est demeuré stationnaire ;

3° Que la durée moyenne de l'évolution de la maladie depuis le début apparent à la mort ou la guérison est demeurée invariable.

COMITE SANITAIRE DE LA REGION PARISIENNE

SÉANCE DE RENTRÉE DU 6 OCTOBRE 1942

Allocution du président du Comité, M. ALEXANDRE. Le secrétaire général retrace les travaux poursuivis et les résultats obtenus par le Comité l'an passé.

SÉANCE DU 20 OCTOBRE 1942

Intervention du médecin dans le développement intellectuel et physique de la jeunesse. — M. le médecin général JULLIEN.

SÉANCE DU 3 NOVEMBRE 1942

Etat sanitaire actuel des enfants. — M. le Dr ROUÈCHE. — Il résulte de l'enquête menée par le Comité National de l'enfance sous l'instigation du Secrétariat à la Santé que tous les correspondants indiquent que l'état sanitaire des enfants de tous âges est beaucoup moins satisfaisant que l'an dernier :

Insuffisance du poids des nouveau-nés et prématurations fréquentes. Croissance et poids souvent retardés chez les pré-scolaires et les scolaires notamment dans les populations urbaines. Tuberculose aussi fréquente chez les adolescents. Les grandes avitaminoses n'ont pas été constatées.

Lait et fromage seraient des appoints considérables dans l'alimentation de la jeunesse.

M. Rouèche attire l'attention du Comité sur le mauvais état du lait livré à Paris en fin octobre.

CONGRÈS

XLIIIe CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE LANGUE FRANÇAISE

Montpellier, 28-30 octobre 1942

Ce Congrès constitue la première importante manifestation neurologique qui ait pu avoir lieu depuis la guerre. Sous la présidence du professeur H. Roger, de Marseille, et grâce à l'impulsion active du secrétaire général de l'association, le professeur agrégé Combemale, de Lille, et de son secrétaire annuel, le Dr Hugues, de Montpellier, il a connu, malgré les difficultés actuelles, le plus grand succès, groupant plus de cent cinquante congressistes français et suisses ; une importante délégation parisienne était conduite par notre doyen, le professeur Baudouin. Les réunions, traitant de questions d'actualité, furent d'une haute tenue scientifique, et nous nous excusons de n'en pouvoir donner ici, avec un retard inévitable, qu'un bref aperçu en nous en tenant aux rapports.

PREMIÈRE QUESTION

Les anorexies mentales. — M. Albert CRÉMIEUX (de Marseille), rapporteur, comprend sous le nom d'anorexies mentales la diminution ou l'abolition de l'alimentation par perte de la sensation de faim ou refus d'aliment chez des malades présentant des troubles psychopathiques, sans préjuger si ces anorexies sont uniquement d'origine mentale, c'est-à-dire dues à un mécanisme psychogénétique. Il élimine les anorexies franchement organiques, les anorexies sociales des sujets qui, par leur indigence, souffrent de la faim et finissent par restreindre leur alimentation, les fausses anorexies des simulateurs, les anorexies par troubles digestifs d'origine névropathique, et même les névroses dysphagiques par troubles de la mise en train de l'acte de déglutition.

Il distingue trois groupes d'anorexies mentales :

1° *L'anorexie mentale proprement dite*, syndrome aux limites imprécises, mais qui, dans ses formes typiques, présente une allure particulière, survient le plus souvent chez la jeune fille autour de la puberté, dans lequel l'état psychique est très spécial, quoique souvent dissimulé, et sur lequel la psychothérapie agit avec une efficacité indiscutable.

2° *La sitiophobie et l'anorexie des aliénés* où le trouble mental, très développé et complètement extériorisé, apparaît d'emblée sous forme de délire, de troubles de la pensée intriqués avec des troubles viscéraux où l'anorexie est au second plan, simple symptôme parmi les autres.

3° *L'anorexie des maigreurs et des cachexies endocriniennes* (en particulier du syndrome de Simmonds).

Mais il existe des formes intermédiaires, d'une part entre l'anorexie mentale et les cachexies endocriniennes, d'autre part entre l'anorexie mentale et la sitiophobie des aliénés ; en outre, nombre de refus d'alimentation des psychopathes ne sont pas d'origine psychogénétique. Pour ces formes intermédiaires, la plus grande prudence doit être la règle en ce qui concerne leur interprétation théorique.

Aussi l'auteur se garde-t-il d'une conclusion formelle. Il pense que, pour arriver à ce but, il faudra poursuivre, parallèlement aux études psychologiques, les recherches sur les fonctions diencéphaliques et endocriniennes, les métabolismes, les vitamines et leurs rapports avec l'instinct de la faim, en approfondissant aussi la question des anorexies mentales d'un point de vue largement biologique.

La discussion de ce rapport porte avant tout sur *la pathogénie et les frontières de l'anorexie mentale*. Il semble bien que la *nature psychopathique* de ce syndrome ne soit guère discutable. Tel est l'avis d'Heuyer, qui en rapporte 14 cas et l'assimile aux accidents pithiatiques guéris comme elle par l'isolement absolu ; tel est également l'avis d'Euzière et J.-M. Bert (de Montpellier), qui, à propos de 2 cas observés dans une même famille, pensent que l'anorexie mentale est constituée par l'association intime de deux complexes, l'un psychologique, rappelant en tous points l'état mental hystérique, l'autre somatique, constitutionnel, intéressant la région hypophyso-hypothalamique et dirigeant les accidents vers la sphère digestive, qui y possède ses centres régulateurs psychiques. N. Péron pense également qu'on ne peut porter un diagnostic de cachexie glandulaire sans avoir soumis les malades à une cure d'isolement sérieuse, avec contrôle du bilan alimentaire, seul moyen de dépister la fraude ; ce test montre l'exceptionnelle rareté des cachexies glandulaires par rapport à la fréquence des anorexies mentales, dont un traitement endocrinien injustifié et trop prolongé a, ces dernières années, accru la gravité.

Janbon et Loubatières (de Montpellier) admettent l'existence d'un terrain de *débilité hypophysaire* favorable au développement de l'anorexie mentale. Pour Laignel-Lavastine et Rivière, celle-ci pourrait se cristalliser autour de *troubles digestifs* sur un terrain constitutionnel particulier.

Les *observations anatomiques* relatées par Riser, Tapie et Géraud (Toulouse), qui constatent une atrophie de la moelle dorsale avec atteinte du système nerveux végétatif, par Trillot (Albi), qui note des lésions chroniques de gastrite, d'hépatite et de pancréatite diffuse, ne permettent pas de conclusions d'ensemble ; dans aucun des deux cas n'existaient de lésions hypophysaires ou hypothalamiques.

Quelques *particularités cliniques* sont encore signalées par Donnadieu, qui rappelle la lenteur de guérison chez quelques malades qui refusent pendant un certain temps certains aliments, et par Aubin (Oran), qui a observé une sorte d'onanisme mental avec auto-érotisme.

En ce qui concerne le *traitement*, Laignel-Lavastine et Rivière montrent la vérité de la règle thérapeutique classique, à laquelle ils ajoutent des injections de sérum salé hypertonique qui, déterminant une soif marquée, facilitent l'ingestion de lait.

Chaptal et Loubatières (Montpellier) ont obtenu de bons résultats par ingestions d'extrait frais et actif de lobe antérieur d'hypophyse.

DEUXIÈME QUESTION

Les problèmes neurologiques et psychiatriques immédiats et tardifs des traumatismes craniens. — MM. P. SCHMITE et J. SIGWALD (Paris), rapporteurs, montrent que ce sont les accidents immédiats qui sont de beaucoup les plus importants, car se pose pour eux la décision opératoire. Il est utile de surveiller attentivement les blessés pour ne pas laisser passer l'heure après laquelle les lésions sont irréversibles.

I. — *Accidents immédiats.*

Dans les premières heures existe constamment un *état confusionnel*, mais l'intensité en est variable. Dans 20 p. 100 des cas l'état confusionnel est grave et entraîne rapidement la mort. Les lésions sont au-dessus de toutes ressources opératoires. L'état confusionnel moyen est le plus fréquent. Le blessé perd connaissance dès le traumatisme, et cet état confusionnel aurait une durée variable de quelques heures, parfois de plusieurs jours. Quand l'état confusionnel est léger, la perte de connaissance est très courte et parfois même a pu passer inaperçue du sujet, qui, du fait de l'amnésie lacunaire, en a perdu le souvenir.

Les heures suivantes et les jours suivants le traumatisé cranien, même lorsque le traumatisme a pu paraître bénin dès le début, est susceptible de présenter des *accidents évolutifs graves* pouvant poser constamment une indication opératoire. Deux types d'accidents peuvent s'observer : les uns diffus à grand potentiel évolutif, les autres localisés.

Les *manifestations cérébro-méningées diffuses* peuvent soit prolonger l'état confusionnel, soit s'installer après un intervalle libre de durée variable, soit être en apparence primitive lorsque l'état confusionnel a été léger. Il en existe trois groupes :

1° Les hémorragies méningées sous-arachnoïdiennes ;

2° Les processus d'hypertension intra-cranienne : hématome, méningite séreuse, œdème cérébral ;

3° L'hypotension intra-cranienne.

Très souvent ces manifestations se trouvent associées, et, bien que certains caractères propres appartiennent à chacune d'entre elles, ils se traduisent habituellement par les mêmes symptômes cliniques qui indiquent l'aggravation de l'état.

La surveillance attentive heure par heure des blessés peut montrer les modifications de l'état neurologique. Il faut surtout surveiller l'aggravation des fonctions vitales : conscience, température, pouls, respiration, tension artérielle. L'élévation de la température, l'accélération de la respiration, le prolongement du premier temps de la déglutition indiquent l'aggravation. Des méthodes complémentaires peuvent préciser la nature de la complication et être la première étape du traitement neuro-chirurgical. Ce sont l'exploration par les trous de trépan, la ponction ventriculaire, plus accessoirement la ventriculographie, discutée d'ailleurs par beaucoup de neuro-chirurgiens.

Il ne faut pas faire de ponction lombaire.

Les complications qui nécessitent la décision neuro-chirurgicale sont d'une part les hématomes extra-duraux ou intra-cérébraux, les méningites séreuses précoces diffuses ou localisées. Mais c'est surtout l'œdème cérébral qui constitue la complication évolutive la plus grave des traumatismes craniens : il est rarement pur, il est généralement associé aux autres complications évolutives. C'est l'œdème cérébral qui accentue l'hypotension intra-cranienne, provoque la souffrance du tronc cérébral et amène les symptômes graves. Cet œdème cérébral est secondaire soit aux petits foyers hémorragiques intra-parenchymateux, soit à la lésion des centres végétatifs du diencéphale et du tronc cérébral sous l'action du choc céphalo-rachidien de Duret.

Le collapsus ventriculaire, souvent associé aux hématomes, provoque la même symptomatologie que l'hypertension. La nature de ces complications se reconnaît par l'exploration par les trous de trépan et par les ponctions ventriculaires.

Les *complications nerveuses localisées* sont soit étendues et correspondent à un foyer d'attrition provoqué par certaines fractures, soit des lésions limitées par petits foyers hémorragiques.

En plus des accidents cérébro-méningés diffus souvent même précocement, l'évolution peut être entrecoupée par des *accidents végétatifs*, « œdème aigu » du poumon, ou par des *accidents infectieux* lorsqu'il y a communication avec l'extérieur.

II. — Dans les semaines et les mois qui suivent le traumatisme, des *complications secondaires* peuvent s'installer. Ce sont :

1° Un syndrome post-confusionnel précoce ou des troubles psychiques précoces susceptibles de rétrocession ;

2° Des hématomes intra-craniens tardifs, particulièrement l'hématome sous-dural ;

3° Les accidents de méningite séreuse, soit ventriculaire, soit sous-arachnoïdienne ;

4° De l'œdème cérébral tardif ;

5° Les accidents d'apoplexie cérébrale tardive ;

6° Les complications infectieuses (méningite tardive ou abcès du cerveau) ;

7° Pneumatocèle.

III. — Les traumatismes craniens entraînent dans une proportion de 20 à 40 p. 100 des *séquelles* précoces ou tardives. Le syndrome post-commotionnel tardif dont la nature organique doit être authentifiée par des examens cliniques minutieux peut durer plusieurs mois, parfois plusieurs années après le traumatisme. On trouve souvent de petits signes qui en affirment la nature organique. L'épilepsie traumatique peut survenir dans le mois et même dans les années consécutives. Toutes les formes cliniques d'épilepsie peuvent être observées.

Des symptômes neurologiques, des séquelles psychiques peuvent survivre au traumatisme cranien et constituer des lésions définitives.

Discussion. — En ce qui concerne les *accidents immédiats*, deux tendances se manifestent.

Les uns sont peu interventionnistes. M. Barré estime en particulier qu'il est difficile de porter un pronostic et que ce sont les lésions irrémédiables, et notamment les petites hémorragies bulbaires, qui sont la cause de la plupart des cas de morts opérés ou non ; il souligne le danger de toutes manipulations chez ces malades et notamment sur le danger de la ponction lombaire, des secousses que peut nécessiter une radiographie, des injections de sérum antitétanique. Arnaud (Marseille) pense également que l'indication opératoire n'est habituellement pas urgente, même dans l'hématome, et que c'est le piqueté hémorragique qui conditionne les complications mortelles ; mieux vaut n'opérer que lorsque ces lésions se sont atténuées.

La majorité des auteurs, tout en condamnant formellement les interventions systématiques et notamment la ponction lombaire, estiment qu'il existe quelques indications opératoires précises. Garcin rappelle l'expérience acquise avec M. Guillaume et montre l'utilité, après une attente d'une dizaine d'heures, des trous de trépan explorateurs, suivis éventuellement de ponction ventriculaire, et des radiographies précoces. Il souligne l'intérêt de la sulfamidothérapie préventive. Il montre l'importance des traumatismes cranio-vertébraux. Thurel aboutit aux mêmes conclusions et confirme la nécessité, dans les traumatismes craniens fendus, d'une exploration méthodique et, si besoin est, de trous de trépans explorateurs. P. Puech, F. Buvat et Mme Lerique, sur un très grand nombre de traumatisés cranio-cérébraux n'ont été amenés à intervenir que dans 225 cas avec 17 décès. Ils soulignent la nécessité d'une instruction neuro-chirurgicale et de centres équipés correctement pour le traitement de ces blessés.

En ce qui concerne les *accidents tardifs*, Puech, Buvat et Mme Lerique montrent que, si l'examen neuro-psychiatrique et les investigations radiologique, ophtalmologique et otologique suffisent pour préciser le siège des lésions, seuls l'électro-encéphalographie et les examens de petite chirurgie (ponction ventriculaire, ventriculographie, encéphalographie) permettent d'en préciser la nature, donc le degré de curabilité. Thurel souligne également l'intérêt de la ventriculographie.

Lazorthes et Ruffie (Toulouse) ont observé 7 cas d'hématomes sous-duraux avec un intervalle libre d'un mois environ après un trauma parfois bénin ; ils soulignent l'utilité des trous de trépan explorateurs et la constance du collapsus cérébral, qui rend indispensable l'injection de sérum intra-ventriculaire.

H. Roger, Arnaud et J. Paillas (Marseille) soulignent la fréquence des séquelles plus ou moins retardées et en rapportent 12 cas avec épilepsie bravais-jacksonienne et parfois syndrome déficitaire concomitant. La guérison est habituelle après effondrement des poches méningées et libération des adhérences ; seules les porencéphalies siégeant en des zones muettes autorisent des opérations corticales d'exérèse.

Velter précise les troubles visuels observés chez les traumatisés craniens ; au début, cécité totale, souvent avec hallucinations visuelles, puis phase de régression avec hémianopsie de types divers, plus ou moins complète, enfin persistance fréquente de troubles psycho-sensoriels importants : cécité psychique, troubles de la reconnaissance des objets, troubles de l'orientation et syndromes s'apparentant plus ou moins au syndrome de Dide. Ces séquelles peuvent donner des tableaux cliniques aux limites de la neurologie et de la psychiatrie.

Aymès (Marseille) attire l'attention sur les syndromes sympathiques cervicaux traumatiques, soit intra-craniens, soit par atteinte simultanée du rachis cervical, et les rapproche des syndromes trigémello-sympathalgiques.

Le *syndrome subjectif* post-traumatique fait l'objet d'importantes discussions quant à son organicité. Steck (Lausanne) souligne sa fréquence. Du point de vue médico-légal, il pense qu'il ne faut tenir compte que des symptômes neurologiques et mettre rapidement fin à la procédure. Abély (Paris) rapporte une auto-observation et pense que ce syndrome se résume en fait à un simple état dépressif du type psychasthénique dans lequel, à une asthénie physique véritable, s'associent de la subanxiété, de l'hyper-émotivité, des troubles du caractère, des tendances phobiques et une grande dispersion de l'attention. Il nie toute organicité à ce syndrome et préfère le terme de « neurasthénie post-traumatique ». Par contre, Riser, Rigaud, Berthon, Géraud et Raucoules (Toulouse) ont constaté dans deux autopsies d'incontestables lésions arachnoïdiennes et corticales ; ils soulignent la nécessité d'un examen oto-neuro-ophtalmologique complet.

Y. Poursines (Marseille) précise la nature des lésions traumatiques et leur devenir anatomique en faisant une place prééminente à la cicatrisation conjonctivo-nécroglique des foyers contus.

TROISIÈME QUESTION

Des conditions de sortie des aliénés délinquants et criminels internés. — M. Léculier, rapporteur, rappelle que la législation française ne prévoit pas de garanties spéciales lors de la sortie d'un asile d'un aliéné délinquant ou criminel.

Ces garanties devraient être recherchées plus par l'amélioration des conditions médicales et sociales de la sortie que par la réforme de la procédure elle-même. Celle-ci est confiée actuellement à l'autorité administrative ; son transfert à l'autorité judiciaire a été souvent demandé sans que les avantages de ce changement soient bien établis. Mais l'avis d'une commission médicale devrait être obligatoirement recueilli.

L'institution d'un service social psychiatrique, la création de dispensaires spécialisés seront les instruments nécessaires des progrès à envisager pour une meilleure connaissance des possibilités de reclassement familial et professionnel avant la sortie, et pour l'établissement d'une double surveillance, médicale et sociale, après la libération.

Enfin, il serait essentiel que la sortie des aliénés criminels devienne conditionnelle et révocable.

Ce rapport est suivi d'une importante **discussion** où la plupart des auteurs soulignent l'intérêt que présenterait la création d'une commission médicale dont ferait partie le médecin traitant et d'un service social bien organisé.

Jean Lereboullet.

INFORMATIONS

(suite de la page 18)

Arrêté relatif à l'organisation du contrôle médical des assurances sociales (*J. O.* du 5 décembre 1942). — La loi du 29 mai 1941 a prévu dans son article 6 que le contrôle médical de la valeur de l'opportunité, de l'étendue et de la durée des soins nécessaires aux assurés sociaux, serait effectué dans des conditions fixées par arrêté du Secrétaire d'Etat au Travail et du Secrétaire d'Etat à la Santé. Le texte qui vient de paraître au *J. O.* fixe, dans le cadre de ce texte législatif, les nouvelles conditions de fonctionnement du contrôle médical des assurances sociales.

Le décret-loi du 28 octobre 1935 avait fait du médecin-contrôleur un conseiller technique des caisses d'assurances sociales, qui aurait dû normalement jouer un rôle important dans l'appréciation de l'opportunité et de la durée des soins.

Or, en l'absence de tout statut et d'une doctrine du contrôle médical des assurances sociales, la situation tant matérielle que morale des médecins-contrôleurs est demeurée médiocre et ne leur a permis de disposer ni de l'autorité, ni des moyens d'action nécessaires à l'accomplissement de leur mission.

L'arrêté du 16 novembre 1942 tend à remédier à ces lacunes.

Les conditions de recrutement posées par l'article 2 de cet arrêté garantissent la compétence technique et l'aptitude professionnelle des médecins-conseil.

Les services techniques de l'Institut National d'action sanitaire des assurances sociales sont chargés d'une part, de fixer, par des contrats-types, les conditions de rémunération, d'avancement et de perfectionnement des médecins-conseil et d'assurer à ceux-ci une formation spéciale adaptée à leur fonction ; d'autre part, de définir les règles de fonctionnement du contrôle médical.

Enfin, dans la circonscription de chacune des Unions de Caisses d'assurances maladie-maternité, un médecin-conseil régional, assisté d'un comité mixte de représentants des organismes d'assurances sociales et du corps des médecins-conseil, assurera une organisation rationnelle des services du contrôle médical pour l'ensemble des Caisses de la région, en même temps qu'il orientera et coordonnera l'activité de ces services.

La réorganisation prochaine du contrôle médical des assurances sociales sur les bases ainsi définies, doit permettre désormais de faciliter l'établissement de rapports étroits et confiants entre les organismes d'assurances sociales et le Corps Médical dans l'intérêt d'une meilleure application de la législation des assurances sociales et au bénéfice des assurés sociaux et de leurs familles.

Subventions aux laboratoires de contrôle des spécialités pharmaceutiques. — Un arrêté en date du 16 novembre 1942 (*J. O.*, 6 décembre 1942) fixe de la façon suivante le montant des subventions attribuées pour l'exercice 1942 aux laboratoires agréés pour effectuer le contrôle des spécialités pharmaceutiques :

Université de Paris .... Fr.	4.320.000
Université de Lyon	1.890.000
Université de Montpellier	1.800.000
Université de Marseille	1.540.000
Université de Bordeaux	1.500.000
Université de Lille	1.050.000
Université de Toulouse	850.000
Institut Pasteur de Paris	450.000
Société scientifique d'hygiène alimentaire (au profit du laboratoire de Mme Randoin)	350.000
Institut catholique de Lille	200.000
Ecole de puériculture de la Faculté de Médecine de Paris (au profit du laboratoire du centre de lutte contre la stérilité involontaire, professeur agrégé Jayle)	150.000

Enfin, un crédit de 400.000 francs est mis à la disposition de l'Académie de Médecine pour l'équipement de ses laboratoires de contrôle.

Sur les 4.320.000 francs attribués à l'Université de Paris notons la subvention de 2.670.000 francs attribuée au laboratoire de contrôle de la Faculté de Pharmacie.

Pour la Faculté de Médecine notons les subventions accordées aux laboratoires suivants : physiologie, Professeur Binet, 350.000 francs ; chimie, Professeur Polonowski, 350.000 francs ; pathologie expérimentale, Professeur Bénard, 350.000 francs ; pharmacologie, Professeur R. Reneau, 150.000 francs ; matière médicale, Professeur Hazard, 150.000 francs ; chimie biologique, Professeur Javillier, 300.000 francs.

Académie de Médecine

Commissions permanentes 1943. — Hygiène et Maladies contagieuses. — MM. Vincent, Bezançon, Dopter, Martin, Balthazard, Renault, Brouardel, Lesage, Lesné, Lemierre, Ramon, Debré, Tanon.

Eaux minérales. — MM. Carnot, Tiffeneau, Radais, Le Noir, Harvier, Loeper, Villaret, Fabre, Polonovski.

Vaccine. — MM. Martin, Petit, Nobécourt, Renault, Couvelaire, Lereboullet, Ramon, Brindeau, Tanon, Guérin, Bénard.

Hygiène de l'enfance. — MM. Nobécourt, Renault, Ribadeau-Dumas, Debré, Couvelaire, Lesage, Lesné, Lereboullet.

Sérums. — MM. Martin, Renault, Radais, Brocq-Rousseau, Lemierre, Ramon, Fabre, Vincent.

Tuberculose. — MM. Bezançon, Sergent, Renault, Brouardel, Rist, Guérin, Lesné, Ribadeau-Dumas, Veau.

Hygiène et Pathologie exotique. — MM. Vincent, Brumpt, Lapicque, Perrot, Rist, Tanon, Vallery-Radot, Sacquepée, Urbain.

Maladies vénériennes. — MM. Claude, Tiffeneau, Levaditi, Brindeau, Tanon, Milian, Gougerot, Urbain.

Institut supérieur de vaccine. — Le Conseil et la Commission de la Vaccine.

Laboratoire de contrôle des médicaments antisyphilitiques. — Le Conseil et MM. Guillain, Tiffeneau, Milian, Gougerot.

Laboratoires des contrôles chimiques, microbiologiques et physiologiques. — Le Conseil et MM. Martin, Carnot, Delépine, Radais, Portier, Ramon, Binet.

Comité de publication. — MM. le Président, le Vice-Président, Achard, Renault, Brouardel, Baudouin, Lesage, Petit.

Commission du dictionnaire. — MM. Roger, Achard, Souques, Hartmann, Faure, Dumas, Lenormant, Villaret, Laignel-Lavastine, Duhamel, Rist, Rouvillois, Veau, Cunéo, Fredet.

Commission des membres libres. — MM. les Membres de la Section et MM. Barrier, Vincent, Roger, Hartmann, Lapicque, Radais.

Commission des associés. — MM. Barrier, Vincent, Roger, Hartmann, Sergent, Gosset, Jolly, Lapicque, Rouvillois, Tiffeneau, Roussy, Bertrand.

Association Générale des Médecins de France

Bourses familiales du corps médical (Fondation du Dr Roussel). — Quinze bourses de dix mille francs ont été attribuées en faveur de médecins ou veuves de médecins chargés de famille, et de femmes de prisonniers.

Le Jury, présidé par le Dr Darras, vice-président de l'Association Générale, comprenait le Dr Nieger, délégué du Dr Roussel, le Conseil Supérieur de l'Ordre National des Médecins, représenté par le Dr Laurent, secrétaire général, le Sous-Secrétariat à la Santé et à la Famille, représenté par le Dr Priau, le Service de Santé militaire, représenté par le Médecin inspecteur Théobalt, l'Association des Médecins de la Seine (Dr Gallois), la Société de Femmes et Enfants de Médecins (Mme Fabre), « Médecine et Famille » (Drs Labey et Quivy) et les Membres du Conseil de l'Association Générale des Médecins de France (Drs Claisse, Touchard, Bongrand, Decourt, Le Lorier, Malbois, Noir, O'Followell et Vimont).

ORDRE DES MEDECINS

Gazogènes

Le Conseil départemental de la Seine a communiqué le 11 décembre 1942 une lettre du Secrétaire d'Etat à la Santé faisant connaître la décision du Militärbefehlshaber in Frankreich, relative aux déplacements des médecins. Cette lettre, destinée surtout aux médecins de campagne, concerne seulement les médecins possédant un S. P.

En voici le texte :

« Afin d'écarter en partie les difficultés que les médecins français rencontrent au cours de l'exercice de leur profession en raison de la pénurie d'essence, nous nous proposons d'examiner avec la plus grande bienveillance toutes les demandes de transformation de voitures de tourisme en voiture à gazogène. Toutefois, c'est la question de la répartition générale de l'essence qui règle en dernier lieu les autorisations pour l'équipement d'un véhicule en voiture-gazogène.

« Vous voudrez bien faire savoir aux médecins français et, en particulier, aux médecins de campagne, qu'ils auront à adresser les demandes de transformation de leurs voitures aux Chefs de Service de l'équipement automobile (Fahrbereitschaftsleiter) des Feldkommandantur compétentes. »

Alcool à brûler

De nombreuses demandes pour l'alcool à brûler étant adressées par des médecins, directement à la Section du Pétrole, il est rappelé à nouveau qu'aux termes des dernières instructions, c'est aux Préfectures qu'il faut adresser les demandes, celles-ci ayant des indications pour comprendre les médecins dans la catégorie prioritaire E.

Il s'agit de l'alcool à brûler (pour réchauds), l'alcool naturel et l'alcool dénaturé (pour flambage) étant répartis par les soins des Conseils départementaux.

Remplacements

Le Conseil Départemental de la Seine de l'Ordre des Médecins rappelle que toute demande de remplacements doit être rédigée sur papier timbré à six francs et adressée, après avis favorable du Conseil de l'Ordre à M. le Préfet de Police (Bureau d'Hygiène).

L'autorisation n'intervient qu'après vérification des titres et de la nationalité du remplaçant et du remplacé.

A défaut de cette formalité, les étudiants exercent illégalement la Médecine et s'exposent à des poursuites judiciaires. En ce qui concerne les docteurs remplacés, le délit de complicité d'exercice illégal pourrait être, le cas échéant, retenu à leur encontre.

— Le 21 décembre, le Conseil Départemental de la Seine de l'Ordre des Médecins avise les Confrères du département qu'il tient à leur disposition des bons d'alcool qu'ils sont priés de venir prendre au 242, boulevard Saint-Germain,

tous les jours de : 9 heures à 12 heures, de 14 heures à 18 heures, samedi après-midi excepté.

Démonstration technique de rééducation

Au cours de la séance du 27 novembre 1942 de la Société de Médecine de Paris, M. de Parrel a rappelé que la rééducation est une méthode d'adaptation fonctionnelle qui tient à la fois à la thérapeutique physiologique et à la psycho-pédagogie. Il définit les modalités de rééducation correspondant aux diverses catégories de déficients. Puis il présente divers malades remarquablement améliorés.

Après quoi, la Directrice générale des Centres sociaux de Rééducation et ses assistantes procèdent à des démonstrations de techniques rééducatives appliquées à des groupes de sourds-muets, de dystaliques, de retardés de l'intelligence, d'incoordonnés psycho-neuro-moteurs du type bégayeurs.

Nécrologie

Nous avons le regret d'apprendre la mort, à l'âge de 81 ans, du Dr Daniel Philippe Témoin, ancien interne des hôpitaux de Paris (1886), ancien chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Bourges, associé national de l'Académie de Médecine, correspondant de l'Académie de Chirurgie.

Le Dr Témoin qui jouissait d'une très grande et légitime réputation dans le monde scientifique fut l'un des premiers chirurgiens qui tentèrent la décentralisation chirurgicale. On sait combien a été utile cette décentralisation dont Témoin fut un des plus brillants représentants en même temps que Maunoury à Chartres. Delagenière au Mans et Monprofit à Angers.

Le Dr Témoin avait été en 1923 le Président du Congrès français de Chirurgie.

Cours

Cours de perfectionnement sur la résection endo-urétrale. — Cours limité aux dix premiers inscrits auprès du Dr Bouteau, chef de clinique, hôpital Cochin, rue du Faubourg-Saint-Jacques, Paris. Le cours aura lieu du mardi 9 mars au samedi 13 mars 1943, de 10 heures à 12 heures. Il comprendra, chaque jour, une leçon théorique de 10 à 11 heures, suivie, de 11 heures à 12 heures, d'exercices pratiques (urétroscopies avant et après résection, résection par les élèves sur vessie fantôme) et de démonstrations (résections sur les malades du service).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

La lutte contre la pléthore médicale

Il est inutile de rappeler la campagne menée ici même depuis dix ans contre la pléthore médicale. On sait quelle fut à ce propos l'énergique action de l'*Association Corporative des Etudiants en Médecine* et de son délégué permanent, de la *Confédération* et du Dr Cibrie, du *Syndicat des Médecins de la Seine* et de son président, le Dr Tissier-Guy.

La principale cause de cette pléthore fut assurément le nombre exceptionnel de bacheliers lancés peut-être inconsidérément dans la vie. C'est sur ce point qu'il importe de fixer l'attention. Rien ne sert de fermer la route à des jeunes gens après une ou deux années d'études. Ce sont des années perdues et de lourds sacrifices inutiles pour les parents.

C'est à l'entrée qu'il faut établir le barrage en limitant le nombre des candidats au baccalauréat.

I. — Comment limiter ce nombre ? — D'abord en interdisant aux jeunes filles de fréquenter les lycées et collèges de garçons. Cette mesure est logique puisque aucun lycée ou collège de filles n'est ouvert aux garçons. Il y a d'ailleurs une question de morale élémentaire à rappeler ici.

A l'âge où se développent les caractères sexuels il n'est pas sans inconvénients de mélanger des garçons et des filles de 15 à 16 ans. Cette séparation ne devrait pas soulever de discussion. Dans les villes dépourvues de collège de filles on ne verrait plus alors la moitié de l'effectif du collège de garçons formé de filles qui constituent un appoint démesuré aux effectifs des bacheliers.

Si l'on veut que la Famille continue pour perpétuer la Nation, il faut rappeler les sexes à leurs fonctions physiologiques : à l'homme de gagner la vie de la famille ; à la femme, son associée, de s'instruire pour élever ses enfants, *réduire leur mortalité*, et *diriger le fonctionnement du foyer*. En persistant à marcher contre la Nature, la France a échoué et elle doit changer de voie pour continuer à vivre.

II. — Il faut ensuite revenir au baccalauréat du programme d'avant 1902, soit aux deux formes de celui-ci, l'une *classique*, l'autre *moderne* : la forme *classique* ouvrant *seule* la porte des Facultés des Lettres, de Droit et de Médecine. Le baccalauréat classique avait un programme unique que nul ne pouvait modifier par le système des options. La dernière réforme en date (qui remonte à quelques semaines) permettra au candidat de choisir un des quatre baccalauréats qui conviendra le mieux à son goût du moindre effort : cette *convention avec la paresse* est une erreur. Lorsque M. Léon Bérard fit sa réforme *classique* de l'Enseignement secondaire en 1923 (réforme bienfaisante abrogée en 1924 par M. Herriot), il avait coutume de déclarer que s'il échouait, la culture française aurait disparu dans vingt ans ! Si cette culture avait prévalu, la France ne serait pas où elle en est.

Ce n'est pas en permettant aux élèves de choisir leur programme que les élites se reconstitueront ; l'Etat doit leur imposer le programme humaniste *unique* qui a fait ses preuves depuis la Renaissance.

Quant à l'option, elle sera constituée par les diverses bifurcations existant à l'entrée de cet enseignement lors du choix d'une des cinq Facultés. En dehors de ces idées fort simples conformes à la tradition de l'Université, rien n'existe de durable et de solide.

Maurice Mordagne.

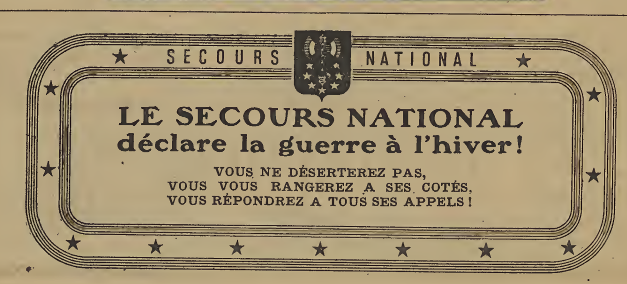
LIVRES NOUVEAUX

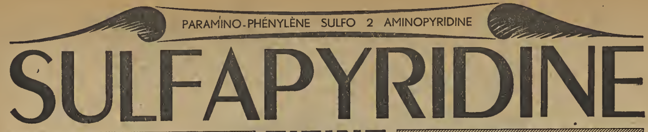
Les traumatismes du bassin (fractures et luxations), par le Professeur Lepoutre (de Lille). Un vol. 50 pages. 22 fig. et 43 planches. Publications du « Journal des Sciences médicales de Lille ».

Dans ce travail, basé sur 150 observations provenant des archives des compagnies minières et de 20 observations personnelles, le Professeur Lepoutre donne sous une forme très condensée le résultat d'une longue expérience de ces traumatismes dont les nombreuses modalités sont passées en revue et éclairées par des schémas et des radiographies. On y trouve quelques notions nouvelles comme l'énorme fréquence de la fracture de l'apophyse transverse de la cinquième lombaire dans la fracture double verticale du bassin. On y trouve surtout des renseignements précis sur les suites éloignées constatées aux expertises et révisions, et sur les taux d'incapacité permanente selon les diverses variétés de lésions. Ils confirment l'opposition déjà signalée par M. Auvray (L'avenir des fractures du bassin, *Gazette des Hôpitaux*, 4-7 décembre 1940) entre la bénignité habituelle des fractures de l'arc antérieur du bassin, et la gravité des fractures complexes (fracture double verticale, fracture et luxation).

M. L.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.
Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (Autorisation n° 83)




PARAMINO-PHÉNYLÈNE SULFO 2 AMINOPYRIDINE
SULFAPYRIDINE
ZIZINE
POSOLOGIE : DE 3 A 10 COMPRIMÉS DE 0 gr. 30 PAR 24 HEURES SUIVANT L'AVIS DU MÉDECIN
LABORATOIRES DU DOCTEUR ZIZINE
24, RUE DE FÉCAMP — PARIS-12e
PAUL-MARTIAL — PARIS


PANTOPON
ROCHE
OPIUM TOTAL
SOMNIFÈNE
ROCHE
HYPNOTIQUE
SÉDOBROL
ROCHE
TRAITEMENT BROMURÉ
SÉDORMID
ROCHE
HYPNOGÈNE
ALLONAL
ROCHE
ANALGÉSIQUE
PRODUITS "ROCHE"
10, RUE CRILLON, PARIS


DÉSÉQUILIBRE NEURO-VÉGÉTATIF
SÉRENOL
RÉGULATEUR DES TROUBLES
D'HYPERTONICITÉ NERVEUSE
ÉTATS ANXIEUX - ÉMOTIVITÉ - INSOMNIES
DYSPEPSIES NERVEUSES
SYNDROME SOLAIRE - PALPITATIONS
3 FORMES
LIQUIDE
COMPRIMÉS
SUPPOSITOIRES
FORMULE
Peptones polyvalentes 0.03
Hexaméthylène-tétramine . 0.05
Phényl-éthyl-malonylurée.. 0.01
Teinture de Belladone 0.02
Teinture de Cratægus 0.10
Extrait fluide d'Anémone.. 0.05
Extrait fluide de Passiflore. 0.10
Extrait fluide de Boldo ... 0.05
pour une cuillerée à café
DOSES moyennes par 24 heures : 1 à 3 cuillerées à café ou 2 à 5 comprimés, ou 1 à 3 suppositoires
LABORATOIRES LOBICA - 25, Rue Jasmin - PARIS (16e)

N° 3. — 1er FEVRIER 1943 — 116e ANNEE — Ce numéro : 2 francs.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT. — Un an : France et Colonies, 75 fr. Etudiants, 40 fr. ; Etranger : 1re zone, 110 fr., 2e zone, 125 fr. *Chèques postaux : Paris 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER
116, boulevard Raspail, PARIS (6e)
Téléphone : LITTRÉ 54-93

POUR NOS ABONNÉS DE LA ZONE NON OCCUPÉE, adresser renouvellements et toutes communications aux Messageries Hachette, 12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône) *Chèques postaux : Lyon 218* (Service *Gazette des Hôpitaux*)

Bi-hebdomadaire paraissant provisoirement deux fois par mois

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris

Mutations des Médecins des hôpitaux (1). — Sont affectés :

1° A l'Hôpital Bretonneau : M. le Dr Janet, d'Hérold ; 2° A l'Hôpital Hérold : M. le Dr Clément ; 3° A l'Hôpital des Enfants-Malades : M. le Dr Lamy ; 4° A l'Hôpital Bichat : M. le Dr Gautier, de Tenon ; 5° A l'Hôpital Saint-Antoine : M. le Dr Decourt, de l'Hôpital Boileau ; 6° A l'Hôpital Ambroise-Paré-Boileau : M. le Dr Julien Marie, de la Cité Universitaire ; 7° A l'Hôpital temporaire de la Cité Universitaire : M. le Dr Benoist ; 8° A l'Hôtel-Dieu : M. le Dr Debray, de Saint-Antoine ; 9° A l'Hôpital Saint-Antoine : M. le Dr Garcin, de la Cité Universitaire ; 10° A l'Hôpital temporaire de la Cité Universitaire : M. le Dr de Sèze ; 11° A l'Hospice de la Salpêtrière : M. le Dr Haguenau, de l'Hôpital Tenon ; 12° A l'Hôpital Tenon : M. le Dr Ravina, de l'Hôpital Boucicaut ; 13° A l'Hôpital Boucicaut : M. le Dr Bourgeois, de l'Hospice de Brévannes ; 14° A l'Hospice de la Salpêtrière (psychiatrie) : M. le Dr Michaux ; 15° A l'Hôpital Broussais : M. le Dr Poumailloux.

Consultations antivénériennes du soir. — Hôpital Laënnec : M. le Dr Touraine ; Hôpital Tenon : M. le Dr Merklen.

Consultations générales. — Hôpital des Enfants-Malades : Mme le Dr Roudinesco : Hôpital Bretonneau : M. le Dr Fouquet ; Hôpital Saint-Louis : M. le Dr Lereboullet (Jean) ; Hôpital Bichat : M. le Dr Bousser.

Concours de médecin des hôpitaux (admission : 4 places). — Sont nommés : MM. Poumeau, Delille, Antonelli, Boudin, Facquet.

Concours pour douze places d'assistant en chirurgie des hôpitaux. — Tirage au sort du jury. — Chirurgiens : MM. les Drs Charrier, Huet, Meillère, Bergeret, Labey, Gatellier, Basset, Banzet, Houdard, Moulonguet. — Médecin : M. le Dr Levesque.

Concours d'assistants en médecine (consultation écrite). — Mercredi 6 janvier 1943. — MM. Depierre, 16 ; Inbona, 16 ; Mlle Lotte, 17 ; MM. Basset, 17 ; Blanchard, 15.

Samedi 9 janvier 1943. — M. Ordonneau, 17 ; Mlle Mage, 15 ; MM. Droguet, 17 ; Vialatte, 16 ; Di Matteo, 16.

Lundi 11 janvier 1943. — MM. Delzant, 15 ; Ledoux-Lebard, 15 ; Charousset, 15 ; Tardieu, 18 ; Pécher, 19.

Mercredi 13 janvier 1943. — MM. Combes-Hamelle, 18 ; Jacquot, 17 ; Grenelle, 18 ; Perrot, 18 ; Brissaud, 18.

Séance du 17 janvier 1943. — MM. Roux, 15 ; Raynaud, 17 ; Fauvet, 18 ; Pautrat, 17.

Séance du 18 janvier 1943. — MM. Grossiord, 20 ; Lecœur, 17 ; Dupuy, 15 ; Chassagne, 19 ; Nouaille, 16.

Séance du 20 janvier 1943. — MM. Arnous, 19 ; Rogé, 18 ; Duret, 13 ; Bouvier, 18 ; Lepintre, 18.

Note relative au concours d'assistant en Médecine. — Les candidats au concours d'assistant en Médecine des Hôpitaux de Paris sont informés que désormais pour être admis à concourir, ils devront justifier de deux au moins des certificats consacrant l'enseignement scientifique institué à la Faculté de Médecine à partir du mois de janvier 1943.

Cet enseignement doit comprendre quatre séries de cours et travaux pratiques, savoir : A) Bactériologie ; B) Anatomie pathologique ; C) Chimie biologique ; D) Physiologie et pathologie expérimentale. Chaque série sera sanctionnée par un certificat.

Toutefois, à titre transitoire et uniquement pour le concours d'assistant en Médecine qui aura lieu soit en fin d'année 1943 soit au début de l'année 1944, un seul des quatre certificats sanctionnant les séries de cours indiquées ci-dessus sera exigé des candidats.

Enfin, chacun des quatre certificats suivants de licence de sciences : A) Physiologie générale ; B) Chimie biologique ; C) Chimie générale ; D) Physique générale sera admis à équivalence avec l'un des certificats médicaux de la Faculté.

Concours de l'Internat en Médecine de 1943 (Epreuves orales). — Séance du lundi 11 janvier 1943. — MM. Simon (Georges), 20 ; Mouzon, 17 ; Lacourbe, 22 ; Louveau, 16 ; Loubry, 15 ; Poulet, 23 ; Boeswillwald, 21 ; Mlle Saulnier, 27 ; MM. Perraudin, 19 ; Thierry, 23.

Questions sorties : Signes, diagnostic et traitements d'urgence de la colique hépatique. Hémarthroses traumatiques du genou.

Séance du 14 janvier 1943. — MM. Reymond (Jean-Charles), 13 ; Mourret (Jean), 15 ; Monié (Jean), 18 ; Raymond (Jean), 19 ; Hans (Dominique), 14 ; Mlle Aitoff, 22 ; MM. Sauvegrain, 11 ; Lebas, 11 ; Pichon, 20 ; Tequi, 11.

Questions sorties : Signes et diagnostic des paraplégies pottiques. Hématocèle rétro-utérine (diagnostic et traitement).

Séance du 18 janvier 1943. — MM. Pichot (Pierre), 16 ; Woimant (Bernard), 16 ; Lafourcade, 19 ; Guy (Edouard), 22 ; Dailly (Robert), 22 ; Alison, 16 ; Wassef-Wissa, 17 ; Vaissié, 24 ; Lavat, 15 ; Godlewski, 25.

Questions sorties : Symptômes, diagnostic et complications des oreillons. Symptômes et diagnostic des rétrécissements de l'œsophage.

Séance du 19 janvier 1943. — MM. Laham (Edgard), 10 ; Wapler (Claude), 14 ; Mazars, 16 ; Chessebeuf, 15 ; Ricordeau, 16 ; Delater, 20 ; Burgot, 16 ; Mlle Laprade, 18 ; Rey (Maurice), 10 ; Georges, 13.

Questions sorties : Examen cutané muqueux d'un syphilitique à la période secondaire. Symptômes et diagnostic de la fracture cervico-trochantérienne du col du fémur.

Séance du 20 janvier 1943. — MM. Ryckewaert, 26 ; Graveleau, 19 ; Pierart, 24 ; Mlle Garnier (Christiane), 21 ; Duvillé, 11 ; Maigne, 19 ; Hurel, 11 ; Darbord, 11 ; Garrigues, 20 ; Pouchol, 13.

Questions sorties : Formes cliniques des paralysies diphtériques. Conduite à tenir au cours des hémorragies de la délivrance.

Concours de la médaille d'or (Médecine). — Jugement des mémoires. — Séance du 14 janvier 1943. — MM. Guiot, 20 ; Loeper, 20 ; Wolfromm, 20.

Concours de la médaille d'or (Chirurgie et Accouchements). — La médaille d'or a été décernée à M. Germain.

Préfecture de police

M. Lucien Perin, médecin-chef de service à la Maison de Saint-Lazare, a été nommé médecin-chef des Services de vénéréologie de la Préfecture de police.

Maison de Saint-Lazare. — Un concours pour trois emplois d'interne titulaire en Médecine et six internes provisoires s'ouvrira le 15 mars 1943 à la Préfecture de Police. Le registre d'inscription ouvert dès maintenant sera clos le 13 février. Inscription Préfecture de Police, Direction générale du Personnel (Sous-Direction du Personnel).

(1) Mutations des Chirurgiens, voir *Gaz. Hôp.*, 1943, n° 1 ; Mutations des Oto-rhino-laryngologistes et des Stomatologistes, voir *Gaz. Hôp.*, 1943, n° 2.

Faculté de Paris

M. Sénèque, agrégé de chirurgie, est nommé à titre provisoire à dater du 1er janvier 1943, professeur de la chaire de clinique thérapeutique chirurgicale de la Faculté (Hôpital de Vaugirard), en remplacement de M. Brocq, transféré dans une autre chaire (pour mémoire à l'Hôtel-Dieu).

Facultés de Province

Bordeaux. — Le doyen est autorisé à accepter le legs fait à la Faculté par M. le professeur Moure.

— M. Beauvieux (Jean), agrégé, chargé d'enseignement, est nommé à titre provisoire à dater du 1er janvier 1943, professeur de clinique ophtalmologique en remplacement de M. Teulières, décédé.

— Un enseignement spécial pour l'obtention du DIPLÔME DE MÉDECINE DU TRAVAIL aura lieu en mars-avril-mai 1943. L'enseignement sera donné sous la direction de MM. les Professeurs Lande et Labat et de M. le Professeur agrégé Dervillée.

DIPLÔME D'HYGIÈNE. — Un enseignement spécial pour l'obtention de ce diplôme commencera le 1er mars 1943 et durera trois mois. Il sera dirigé par M. le Professeur Eug. Leuret et M. le Professeur agrégé Piéchaud.

— La 37e série d'études pour la préparation au diplôme de médecin breveté de la Marine Marchande a été suivie par vingt et un auditeurs dont trois avaient bénéficié de bourses d'études offertes par la Société Parisienne d'Expansion chimique « Specia ».

Après examen, ont reçu le diplôme de médecin colonial de l'Université de Bordeaux :

MM. Ardiller, Blouin, Bonnal, Cassat, Chabaud, Chauvet Mlle Faivre, MM. Gottlieb, Guzy, Lagouanelle, Sinan, Souquières, Pitte, Tallier, Zozol.

Sont proposés pour l'inscription au tableau des médecins brevetés de la Marine Marchande :

MM. Blouin, Cassat, Chabaud, Chauvet, Leguay, Nicolas, Pascal, Zozol.

La 38e série d'études aura lieu du 3 novembre au 23 décembre 1943.

Pour tous renseignements s'adresser au Secrétariat de la Faculté de Médecine de Bordeaux.

Marseille. — La chaire de physiologie de la Faculté d'Aix-Marseille (dernier titulaire : M. Malméjac, transféré à Alger) a été déclarée vacante. (*J. O.*, 13 janvier 1943.)

Montpellier. — M. Riche, professeur de clinique chirurgicale, atteint par la limite d'âge est admis à la retraite à partir du 1er janvier 1943.

Santé publique

Direction régionale d'Orléans. — Un concours pour le recrutement de directeur de laboratoire du département du Loiret aura lieu dans la première quinzaine de mars, à Paris.

Pour tous renseignements s'adresser au Directeur régional de la Santé et de l'Assistance à Orléans, boulevard Alexandre-Martin, n° 26.

Médaille d'honneur des Epidémies. — MÉDAILLE DE VERMEIL (à titre posthume). — M. le Dr Ménager à Machecoul.

MÉDAILLE DE VERMEIL. — MM. les Drs Periot, à Marseille, Puech (S. P.), à Paris.

MÉDAILLE D'ARGENT. — MM. les Drs Bonnaud, à Marseille, Laubie, à Brive-la-Gaillarde, Bruel, à Saint-Germain-en-Laye.

MÉDAILLE DE BRONZE. — MM. les Drs Ménard et Orsini, à Marseille, Chassagnac, à Brive-la-Gaillarde, Cayet, à Nîmes, Rousse, à Beaune-la-Rolande. (*J. O.*, 20 janvier 1943.)

Inspection de la Santé. — M. le Dr Chalut, médecin inspecteur de la Santé est affecté au département de la Vienne.

Production industrielle. — Par arrêtés en date du 17 décembre il est créé deux places de médecins inspecteurs généraux auprès du Ministre Secrétaire d'Etat à la Production Industrielle et aux Communications. Les médecins inspecteurs généraux sont assistés de médecins conseils placés auprès des directeurs techniques du Secrétariat d'Etat.

M. le Professeur Maurice Duvoir est nommé médecin inspecteur général et chargé de l'ensemble des études techniques relatives notamment aux méthodes professionnelles.

M. le Professeur agrégé Maurice Sureau est notamment chargé des questions relatives à la main-d'œuvre féminine et à la liaison entre les divers services, départements ministériels ou tous organismes intéressés aux questions médicales ou médico-sociales.

La Ligue française contre le rhumatisme organise, le samedi 6 février prochain, une séance clinique, avec présentation de malades, dans le service du Professeur Loeper (Hôpital Saint-Antoine, amphithéâtre Hayem), à dix heures précises. Sujet : L'ostéolyse rhumatismale. Communications : MM. Loeper et Lesobre : L'ostéolyse rhumatismale ; M. Mouchet : L'ostéolyse post-traumatique ; M. Coste : L'ostéolyse des maladies nerveuses ; M. Weissenbach : Maladie de Mickmann.

Comité National de l'Enfance. — Le Conseil d'administration du Comité National de l'Enfance a décidé d'allouer, à l'occasion des fêtes de Noël, aux enfants des départements sinistrés, une partie des recettes d'un gala organisé en février 1941. Il a donc été attribué :

2.500 francs au Comité départemental de l'Enfance du Nord ; 2.500 francs au Comité départemental du Pas-de-Calais ; 2.500 francs au Comité départemental de la Seine-Inférieure ; 2.500 francs au Comité départemental des Ardennes ; 2.000 francs au Comité départemental de la Loire-Inférieure ; 1.000 francs au Comité départemental de la Somme ; 1.000 francs au Comité départemental du Finistère ; 1.000 francs au Comité départemental de la Somme. Chaque comité étant chargé de distribuer ces sommes aux enfants des familles les plus éprouvées du département.

La Section Médico-Sociale de l'Ecole des Hautes Etudes Sociales, 58, rue Notre-Dame-des-Champs, Paris (6e), commencera son enseignement le lundi 1er février 1943, à 17 h. 30.

Le Dr Claoué traitera le problème de l'Economie médicale, c'est-à-dire de la distribution de la science médicale dans la nation. Le thème de ces conférences est réservé à la théorie et à la critique de ce problème. La partie objective et concrète sera assurée par la visite organisée d'institutions médico-sociales, laboratoires, hôpitaux et maisons de santé.

Le sport intempestif à l'école. — La Société M. C. des Hôpitaux libres, à la suite de la communication très documentée du Dr Lefranc, Medecin de la Maison départementale de Nanterre, sur « Le sport intempestif à l'école » a émis le vœu suivant :

La Société attire l'attention des pouvoirs publics sur le danger que présente actuellement pour les enfants l'abus de l'éducation physique à l'école. Elle souhaite que les programmes soient révisés et plus adaptés aux carences de l'heure actuelle. Que la durée des exercices physiques à l'école soit considérablement diminuée et que ceux-ci soient contrôlés par des maîtres qualifiés.

Académie française. — Dans sa dernière séance, l'Académie poursuivant la révision du dictionnaire a décidé sur la proposition de M. Georges Duhamel d'admettre le mot AORTIQUE ainsi défini : « Qui tient à l'aorte, qui se rapporte à l'aorte. » A titre d'exemple elle ajoute : « l'insuffisance aortique ».

Quelques succédanés dus aux restrictions. — La situation économique actuelle et les restrictions créées par la guerre ont stimulé l'imagination des chercheurs.

Aux Etats-Unis devant les difficultés des transports maritimes on a eu l'idée de substituer à la viande congelée de la viande en poudre. La viande est d'abord déshydratée puis pulvérisée. Elle doit être rehydratée avant la cuisson. (*Med. Klin.*, 11 sept. 1942.)

En Bulgarie, c'est la pulpe de haricots qui est préparée en quantités énormes — 60 millions de kilos — et qui est exportée en Allemagne. (*Annali d'Igiene*, Roma, 1942, fasc. 11.)

Au Canada, enfin, le sucre de miel pasteurisé et mis en bidons, peut être exporté aussi en quantités énormes.

(*Annali d'Igiene*, Roma, 1942, fasc. 11.)

Prochains centenaires

En 1943, il y aura cent ans que naquit, à Clausthal (Allemagne), ROBERT KOCH. Est-il nécessaire de rappeler que ce savant découvrit en 1882 le bacille de la tuberculose et en 1890 la tuberculine que l'on appela alors la lymphe de Koch (toxine extraite du corps du B. tuberculeux au moyen de la glycérine). En 1883 il avait découvert le vibrion du choléra (bacille virgule ou komma bacille, bacille du choléra indien).

En 1943 on devrait, dans d'autres circonstances célébrer le centenaire de la naissance du professeur GRANCHER, l'illustre phtisiologue français dont le nom est perpétué par la bienfaisante œuvre qui porte son nom et celui de JUST LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, le Maître auquel on doit l'introduction en France de la méthode de Lister.

Un quatrième centenaire se présentera encore en 1943, celui de la naissance d'ELIE CYON, le grand physiologiste de Saint-Pétersbourg, auteur des travaux classiques sur la conductibilité nerveuse et qui découvrit en 1866 le nerf dépresseur du cœur connu sous le nom de nerf de Cyon.

Cours

Chaire d'anatomie pathologique. — Professeur : M. Roger Leroux. — Cours complémentaires d'anatomie pathologique. — L'enseignement complémentaire d'anatomie pathologique comprendra, pour l'année 1943, quatre cours répartis de la façon suivante :

1° Deux cours de dix-huit séances chacun portant sur l'anatomie pathologique d'un grand système de l'organisme ou d'un groupement spécial de la pathologie.

2° Deux cours de technique et diagnostic, de dix-huit séances chacun, réservés à la pratique d'un laboratoire d'anatomie pathologique, à la lecture des pièces et des coupes et à la discussion diagnostique. Le programme de ces deux cours est identique.

Cet enseignement s'adresse aux médecins et étudiants en fin de scolarité, désireux de se perfectionner en anatomie pathologique. Il s'adresse d'autre part aux internes des hôpitaux désireux d'obtenir un « certificat d'études techniques ». Ce certificat sera délivré aux auditeurs ayant suivi au moins deux cours oraux et un des cours de technique et diagnostic, après examen probatoire devant un jury composé du professeur, d'un agrégé, du chef des travaux d'anatomie pathologique et d'un médecin des hôpitaux.

Cours n° 1. — Du lundi 15 mars au mercredi 7 avril 1943 : Anatomie pathologique des maladies infectieuses.

Cours n° 4. — Du lundi 8 novembre au mercredi 1er décembre 1943 : Biologie et anatomie pathologique du cancer.

Les séances des cours 1 et 4 auront lieu tous les jours, sauf les samedis et dimanches, à quinze heures, à l'amphithéâtre d'anatomie pathologique, Ecole pratique, escalier B.

Voir la suite des Informations page 46




POMMADE-VACCIN
polyvalente
INOSEPTA
ABCÈS - FURONCLES - ANTHRAX
PLAIES - BRULURES
et toutes
DERMATOSES SUPPURÉES
INSÉVA
INSTITUT DE SÉRO ET VACCINOTHÉRAPIE DE GARCHES
LABORATOIRES DU Dr F. DEBAT
60, RUE DE MONCEAU


SUPPOSITOIRES
RECTOSEPTAL
SIMPLE
CRÉOSOTE + OXYQUINOLÉINE
AFFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES
LABORATOIRES DEROL
34, RUE PERGOLÈSE - PARIS (16e)
SUPPOSITOIRES
RECTOSEPTAL
SULFAMIDÉ
SULFAMIDOTHÉRAPIE COMPLÉMENTAIRE


BULLETIN DES LABORATOIRES
ANDRÉ GUERBET & Cie

REVUE GENERALE

VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE DE L'ÉRYTHROBLASTOSE SANGUINE

Par MM. A. Guichard et A. Gonin (de Lyon)

DEFINITION. — A l'opposé de certaines espèces animales, les serpents et les volatiles en particulier, chez l'homme adulte normal le sang ne renferme que des hématies sans noyau et la présence à son intérieur de globules rouges nucléés, encore appelées érythroblastes, revêt une importance pathologique de premier ordre, si l'on en excepte toutefois la vie fœtale et la période qui suit immédiatement la naissance pendant lesquelles il existe une érythroblastose sanguine physiologique que des notions sommaires d'embryologie peuvent seules expliquer clairement.

EMBRYOLOGIE. — *L'hématopoïèse embryonnaire.* — On sait, en effet, que chez le fœtus, après une première *phase* où les *îlots mesenchymateux* de Wolff et Pander donnent naissance aux futurs éléments sanguins de la lignée *mégaloblastique*, succède une deuxième période *hépatosplénique* qui engendre les érythroblastes ; puis commençant au 6e mois de la vie intra-utérine, mais n'acquérant la plénitude de son développement qu'à la naissance, arrive la *phase médullaire* où la moelle osseuse rouge forge les cellules sanguines définitives. Celles-ci passent dans la circulation à l'état de globules rouges nucléés chez le fœtus, à l'état d'hématies sans noyau après la naissance. *L'érythroblastose physiologique pré-natale* du sang disparaît donc quand le nouveau-né voit la lumière du jour, persistant à un taux minime de 1 à 2 % de globules nucléés pendant quelques heures ou au plus quelques nycthémères après la naissance (*érythroblastose physiologique du nouveau-né*) plus tard elle ne subsiste ou ne reparaît que dans des conditions pathologiques déterminées, c'est *l'érythroblastose pathologique*, seule décrite ici, qui, du point de vue de l'hématologie clinique mérite d'être étudiée au point de vue qualitatif et quantitatif.

DIAGNOSTIC POSITIF. — 1° Qualitativement. — L'érythroblastose sanguine, par un de ces retours en arrière qu'elle affectionne, peut lancer dans la circulation quelques *mégaloblastes* que caractérisent leur grande taille et leur noyau.

Le plus souvent il s'agit de *normoblastes* ayant les mêmes dimensions que les globules rouges adultes, avec leur noyau de teinte cuivrée et à chromatine en damier tranchant sur un protoplasma qui d'abord basophile devient polychromatophile et enfin orthochromatique, suivant les différents stades parcourus. Lorsque plusieurs de ces générations intermédiaires manquent à la descendance normoblastique, *l'érythroblastose se dévie* et réalise dans la formule sanguine une sorte de « *hiatus érythroblastique* » où voisinent sans transition généalogique les extrêmes de la lignée, l'érythroblaste basophile d'une part et les globules anucléés de l'autre, ces derniers finissant par disparaître à force de ne plus être régénérés par une hématopoïèse défaillante et qui s'arrête en chemin.

2° Quantitativement. — On distingue des érythroblastoses sanguines *discrètes* à 1 ou 2 G. R. à noyau pour 100 G. B., *moyennes* à 10-15 %, *importantes* de 50 à 100 %, voire même *massives* de type leucémique à 100.000 ou 300.000 G. R. nucléés par mm³ de sang.

3° D'un autre point de vue si l'érythroblastose est souvent *pure* et isolée, elle peut être *panachée* ou bariolée, s'associant à d'autres perturbations de la formule portant sur les séries rouge, blanche, plaquettaire ou réticulo-endothéliale. C'est ainsi que l'érythroblastose marche souvent de pair avec une *anémie* importante de 1.500.000 G. R. ou avec une *polyglobulie* à 7.000.000. Tantôt est perturbée la série blanche et il se produit une *réaction myéloïde* de type évolué (myélocytes et myéloblastes) ou plus embryonnaire (cellules souches ou hémocytoblastes), l'érythroblastose dominant le plus souvent, les deux réactions pouvant être d'égale intensité ou au contraire l'érythroblastose restant une très discrète réaction seconde. L'atteinte de la lignée plaquettaire explique la *diathèse hémorragique* parfois associée et celle du système endothélial, le *syndrome hémolytique* conjoint, avec l'ictère, l'urobilinurie, la fragilité globulaire et l'augmentation de l'indice bilirubinique du sérum.

4° Parfois la formule périphérique reste muette et l'érythroblastose n'est dénoncée que par la ponction des centres : il s'agit d'une *crypto-érythroblastose* (P.-E. Weil).

DIAGNOSTIC ANATOMO-PATHOLOGIQUE. — La ponction des organes révèle alors en effet *l'hyperphasie érythroblastiqute de la moelle* osseuse ou la *métaplasie de même sens du foie et de la rate*, qui, pouvant exister de façon isolée, servent le plus souvent de substratum à l'érythroblastose sanguine périphérique.

L'érythroblastose médullaire, visible déjà *macroscopiquement* à la teinte rouge framboise de la moelle diaphysaire, a son corollaire *microscopique* dans la disparition des cellules adipeuses de celle-ci. A la *ponction sternale*, enfin, le médullogramme (qui renferme normalement 60 % de myélocytes et polynucléaires, 20 % d'érythroblastes, 15 % de lymphomonocytes et 5 % de cellules souches) se dévie vers la série rouge avec 40 à 70 % d'érythroblastes.

De même *l'érythroblastose splénique* déjà manifestée *macroscopiquement* par une volumineuse splénomégalie de 2 à 3 kilogs, farcie d'infarctus, mais inconstante et *microscopiquement* par la disparition de la pulpe blanche, est signée par les 20 à 30 % de normoblastes du *splénogramme* qui normalement renferme 20 % de poly et 60 % de lymphomonocytes sans aucun globule rouge nucléé.

Dans le foie, la mégaloblastose trouve un terrain de choix pour réapparaître. L'érythroblastose ganglionnaire est exceptionnelle.

Dans tous ces organes d'ailleurs, comme dans le sang, l'érythroblastose peut être *pure* ou simplement *prédominante*, voire même *associée* à une réaction conjointe du système réticulo-endothélial et de la lignée myéloïde entière se traduisant respectivement par une réticulose, une myélocytose ou une mégacaryocytose.

DIAGNOSTIC PATHOGENIQUE. — L'étude à laquelle nous venons de nous livrer de l'érythroblastose sanguine et tissulaire, permet d'entrevoir le véritable visage de ce syndrome hématoclinique et des signes qui le dénoncent.

A. — Pathogénie de l'érythroblastose. — Deux formes cliniques sont à considérer qui correspondent à trois mécanismes physiopathologiques principaux :

1° Il est une **érythroblastose secondaire** à des causes connues qui représente une *réaction plastique de régénérescence médullaire* devant une anormale destruction de globules rouges, quelle qu'en soit la cause et comme peuvent en engendrer des saignées répétées, des infections, des intoxications (oxyde de carbone, phénylhydrazine, saponine) ou des processus hémolytiques. C'est l'érythroblastose-symptôme traduisant la défense de la moelle osseuse. Elle doit être mise sur le même rang que la réticulocytose, l'anisocytose, la poïkylocytose et la polychomatophilie du sang périphérique.

2° Sous le terme d'**érythroblastose primitive** au contraire l'usage réunit des faits pathologiques d'expression et de signification nosologique différentes. Le terme d'érythroblastose est donc à leur propos critiquable, d'autant que prenant la partie pour le tout, d'un seul symptôme il fait la désignation d'une maladie. Néanmoins les *érythroblastoses-maladies* doivent être provisoirement maintenues bien que l'avenir puisse démembrer leur domaine.

Elles relèvent en tout cas de deux mécanismes différents :

Ou bien il y a *hyperplasie* démesurée et sans frein, de *type leucémique*, de la série rouge, plus ou moins assimilable à ces « leucémies érythroblastiques » qu'Oberling et Guérin entr'autres ont pu reproduire, en alternance avec des sarcomes ou des leucémies myéloblastiques, par l'injection à l'animal du virus filtrant de la leucémie spontanée des poules et voisine également des processus érythroblastiques de même ordre qu'engendre parfois l'injection intra-osseuse de goudron (J. Bernard). Et ainsi, pour certaines érythroblastoses se pose le problème de leur origine néoplasique ou hyperplasique, comme celui des leucémies blanches ;

Ou bien il y a retour à *l'hématopoïèse fœtale* avec érythroblastose sanguine et hépatosplénique ; chez le nouveau-né il s'agit de la simple *persistance* d'un état antérieur : ainsi s'explique à cet âge et chez le jeune enfant, la relative fréquence, le caractère souvent symptomatique et curable de ces processus ; ils sont au contraire plus rares, cryptogénétiques et incurables chez l'adulte, car à cet âge, il s'agit d'un *retour*, d'une véritable *métaplasie régressive*.

De ces trois facteurs pathogéniques de l'érythroblastose, réaction plastique médullaire, hyperplasie leucémique et régression fœtale, découle l'explication des signes qui la traduisent.

B. — Physiopathologie des symptomes associés de l'érythroblastose : tantôt l'hyperplasie de la série normoblastique suit sa marche jusqu'à la fin du cycle, jusqu'à l'hématie sans noyau et engendre la *polyglobulie*, tantôt elle reste en chemin et s'arrête, ou bien au stade juvénile de l'érythroblaste basophile (la fleur n'engendre pas de fruit, le hiatus erythremicus se réalise par une sorte d'anaplasie) ou bien à l'âge plus avancé de l'érythroblastose orthochromatique (le fruit reste vert et ne mûrit pas ; le globule rouge adulte n'apparaît pas) et dans ces deux éventualités elle réalise une sorte de *dyshématopoïèse*, qui est à la base de *l'anémie* conjointe. Quoiqu'il en soit ces érythroblastes du sang sont, comme nous l'avons vu plus haut, de signification fœtale, et comme tels, débiles et anormalement fragiles : la résistance globulaire du sang s'en trouve diminuée et ainsi s'explique le processus hémolytique souvent associé aux états d'érythroblastose.

DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE. — A. — Les érythroblastoses symptomatiques ou secondaires offrent des *traits communs :* traduisant comme nous l'avons vu la régénérescence plastique de la moelle, cette réaction marche loin derrière une anémie importante, intimement liée à celle-ci et à sa cause, mais se manifestant avec un certain retard ; elle apparaît quand l'anémie se répare et comme un écho éphémère et fidèle en souligne chaque poussée. De plus, restant plus tissulaire que sanguine, elle est forte dans les centres hématopoïétiques et à la ponction, légère dans le sang et sur la formule. Tirant par définition son origine de la moelle osseuse, elle n'est qu'accessoirement hépato-splénique. Enfin, s'accompagnant de réticulocytose, de myélocytose et des autres tests de régénération médullaire, elle n'est jamais pure, mais le plus souvent associée.

Les *traits particuliers* qui séparent chacune de ces érythroblastoses secondaires varient au contraire suivant les causes qui leur donnent naissance.

1° Toute **anémie plastique** de quelque cause ou intensité qu'elle soit, engendre une érythroblastose réactionnelle, ordinairement légère.

Celle-ci ne devient vraiment massive que lorsque la cause pathogène génératrice d'anémie ou bien reste modérée, ne sidérant pas brutalement l'organisme et ne tuant pas ses réactions ou bien se manifeste en même temps de façon plus progressive et régulière sur une durée de quelquefois plusieurs dizaines d'années.

Ainsi *l'anémie pernicieuse de Biermer* s'accompagne d'une érythroblastose sanguine constante avec présence dans la moelle osseuse de mégaloblastes qui représentent le sceau le plus fidèle du retour à l'hématopoïèse embryonnaire.

De même *l'anémie hypochrome achylique* possède une traduction sanguine de type normoblastique. Et toute anémie améliorée par le *foie de veau* présente une crise sanguine réticulocytaire, puis éosinophilique et enfin érythroblastique souvent importante.

2° C'est dans le **processus hémolytique** que l'érythroblastose sanguine atteint son plein épanouissement soit qu'il s'agisse d'un état lent, durant depuis des dizaines d'années et remontant souvent à la naissance, soit qu'on ait affaire à une action brutale frappant un organisme sain, en pleine possession de ses facultés réactionnelles : de toute façon apparaît une érythroblastose massive de 20 à 100 % dans le sang et de 60 à 70 % dans la moelle.

En cas de fragilité globulaire congénitale il s'agit de la *maladie hémolytique* avec toutes ses formes dégradées d'ictère congénital, d'anémie et de splénomégalie hémolytiques. La normoblastose périphérique augmente à chaque poussée de déglobulisation.

En cas de processus brutal et agressif se trouve réalisée *l'anémie gravissime aiguë hémolytique de Lœderer Brill* ou « anémie en coup d'archet » de Fiessinger avec 40 % de G. R. à noyau dans le sang et curable par l'hépatothérapie et la transfusion.

3° Les **infections** et **intoxications** peuvent aussi engendrer une érythroblastose sanguine. Parmi les facteurs infectieux citons le staphylocoque, le colibacille, la syphilis et surtout la tuberculose qui, frappant la rate, peut donner lieu à un tableau mixte de polyglobulie avec érythroblastose et l'on sait que l'injection intrapéritonéale de virus bacillaire engendre une myélose partielle de la rate (P.-E. Weil).

Parmi les intoxications, rappelons l'hydrogène arsénié, la toluylne diamine, la phénylhydrazine, générateurs d'anémies régénératives avec érythroblastose, alors que le benzol tend à produire des anémies aplastiques sans réaction normoblastique.

4° Les **hémopathies primitives** peuvent engendrer une érythroblastose discrète soit par le mécanisme de la régénérescence médullaire en cas d'anémie conjointe soit par une véritable réaction d'entraînement, pourrait-on dire, lorsqu'elles vont avec une hyperplasie du système myéloïde.

C'est ainsi que la *maladie de Vaquez*, en plus de sa polyglobulie adulte à 8 ou 10 millions de G. R. se double d'une discrète normoblastose à 0,5-1 % dans le sang et plus élevée dans la moelle osseuse, alors qu'il n'existe pas de G. R. à noyau dans la rate.

De même toute *leucémie myéloïde* authentique donne souvent de 1 à 2 % d'érythroblastes dans la formule hématologique, rattachables soit à l'anémie coexistante, soit à une réaction d'entraînement parallèle subie par la série rouge devant l'hyperplasie blanche désordonnée.

Les leucémies lymphatiques ou monocytaires ne donnent pas d'érythroblastose. Celle-ci reste l'apanage de la série myéloïde et permet parfois par une véritable réaction interprétative de contexte, d'affirmer l'origine myéloblastique par exemple d'une leucémie de formule hématologique délicate à interpréter.

5° Le **cancer** enfin, quand il se généralise au squelette, peut engendrer une véritable myélémie où la myélocytose accompagne l'érythroblastose du sang (Lian et Marcorelle ; Paviot et Dechaume in thèses Raganeau et Ben Rais ; Paviot et Levrat ; Paviot, A. Guichard et Plauchu) ;

Ou bien il s'agit de la *forme majeure* d'érythroblastose cancéreuse dans laquelle un taux massif d'hématies nucléées du sang (100 à 150 %) marche de pair avec une *anémie* élevée et parfois avec une *splénomégalie* très importante, celle-ci frappant l'attention du médecin, car en dehors de l'adéno-cancer avec cirrhose, toute hypertrophie de la rate demeure exceptionnelle au cours du néoplasme ;

Ou bien et plus fréquemment encore, l'érythroblastose cancéreuse revêt le *type mineur* à 1 ou 5 % G. R. nucléés dans le sang, sans anémie, ni rate perceptible. Nous ne comptons plus personnellement les cas où une telle normoblastose sanguine, même atténuée, nous a incité à rechercher un néoplasme latent à l'origine d'un syndrome infectieux pseudosepticémique ou d'une ostéopathie complexe douloureuse, décalcifiante (ostéose cancéreuse diffuse) qui se refusaient à faire la preuve de leur véritable nature.

Une telle érythroblastose néoplasique est toujours liée à l'existence de métastases squelettiques, mais son exacte pathogénie est controversée : pour certains elle serait due à l'anémie de la tumeur ou à la destruction de la moelle sanguiformative par le néoplasme. Pour l'un de nous avec Paviot et Levrat, il s'agit d'une forme spéciale de cancer des os, généralisée non pas à la substance osseuse proprement dite, mais au tissu hématopoïétique lui-même et de façon exclusive sans aucune autre métastase viscérale. Tout se passerait même comme si le néoplasme déclenchait la reviviscence myéloïde et éythroblastique de ce tissu hémo-formateur en se généralisant à lui, engendrant de cette façon indirecte, une véritable maladie de système et la normoblastose sanguine cancéreuse mériterait ainsi de prendre place dans le groupe des érythroblastoses essentielles ou maladies.

B. — Les érythroblastoses essentielles ou érythroblastoses maladies sont des hémopathies primitives, affections de système, s'opposant aux érythroblastoses secondaires par leurs *caractères généraux* ; traduisant le retour à l'hématopoïèse fœtale, elles atteignent avant tout le foie et la rate ou bien évoquant l'hyperplasie du type leucémique, elles sont à détermination médullaire. Elles s'accompagnent d'anémie par hémolyse, quand prédomine la dyshématopoïèse ou de polyglobulie quand prédomine l'hyperplasie, mais très souvent il n'y a aucune modification du nombre des hématies. Elles restent, mis à part les cas d'origine cancéreuse déjà cités, cryptogénétiques et évoluent de façon lente et progressive.

Le terme d'érythroblastose ou de maladies érythroblastiques, répétons-le n'est peut-être pas très bien choisi pour désigner un classement provisoire de processus en réalité souvent très différents.

Ces érythroblastoses-maladies présentent des *traits particuliers* qui méritent d'être successivement étudiés chez le nouveau-né, l'enfant et l'adulte.

1° **Les érythroblastoses du nouveau-né** ou « périnatales » forment actuellement un groupe homogénéisé par les études de Rautmann, von Gierke et Mme de Lange, Péhu et Noël. Elles réalisent une trinité clinique dépendant de la persistance anormale de l'érythropoïèse fœtale.

L'anasarque fœtoplacentaire de Schridde amène l'expulsion avant terme d'un fœtus hydropique avec grosse rate et très gros placenta.

L'ictère grave familial du nouveau-né apparaît dès le 2e jour avec une forte érythroblastose sanguine et viscérale, avant d'aboutir à la mort, il peut parfois s'accompagner d'un syndrome strié avec raideur catatonique : c'est l'ictère nucléaire de Schmorl.

D'autre fois c'est *l'anémie idiopathique du nouveau-né* avec importante normoblastose périphérique.

Pour M. Péhu, ces trois formes morbides correspondraient à une maladie du germe d'origine inconnue mais non syphilitique et l'on verrait chez un même couple ou dans une même famille consanguine après un premier-né normal, se succéder ou alterner des avortements répétés, des cas d'ictères ou d'anémies ou bien d'anasarque fœtoplacentaire, la guérison ayant pu dans de très rares cas être obtenue par l'hépatothérapie et la transfusion du sang maternel.

2° **Les érythroblastoses de l'enfant** revêtent également trois formes principales :

a) *L'anémie méditerranéenne* de Cooley, sévit sur le bassin oriental de la Méditerranée (thalassanémie) chez les Syriens, Grecs et Italiens, ainsi que chez les descendants de ces races émigrées en Amérique du Nord. Elle débute à l'âge de 1 ou 2 ans et son signe majeur est représenté par une anémie avec grosse érythroblastose sanguine, accompagnée de gros foie, de grosse rate avec subictère, mais surtout de malformations osseuses : le facies est de type mongoloïde avec le front bombé, la racine du nez effondrée, les pommettes saillantes et les yeux bridés. Les radiographies montrent un aspect cérébriforme du crâne avec ostéoporose et aspect en poil de brosse.

De même, Caminopétros a décrit une forme mineure, l'anémie des Crétois mangeurs de terre et dans les deux cas on admet que le caractère mongolien se transmet par hérédité.

Mention doit être aussi faite de l'*anémie à cellules falciformes* de la race noire.

b) Une deuxième anémie érythroblastique de l'enfant s'accompagne d'ostéopétrose diffuse réalisant la maladie des os de pierre ou des hommes de marbre : c'est l'*anémie marmoréenne* (mal dénommée par certains anémie ostéosclérotique) à laquelle MM. Péhu, Policard et Dufourt in th. Dupond) ont à Lyon consacré d'intéressants travaux. Pour certains l'ostéose marmoréenne en rétrécissant les cavités du squelette et en étouffant la moelle hématopoïétique des os engendrerait une hématopoïèse vicariante avec régression de type fœtal sous forme d'une anémie avec forte érythroblastose et hépato-splénomégalie. Pour d'autres, l'interprétation serait plus complexe et il s'agirait d'une double maladie de système.

c) *La maladie de von Jacksh-Luzet* représente la troisième forme des érythroblastoses infantiles. Relevant du rachitisme, de la tuberculose ou de la syphilis, elle est identique au point de vue séméiologique à l'érythroblastose chronique de l'adulte que nous allons seule décrire.

3° **Les érythroblastoses de l'adulte** peuvent adopter une allure chronique ou aiguë.

a) *L'érythroblastose chronique* de l'adulte (P.-E. Weil), *la myélose aleucémique mégacaryocytaire* des auteurs lyonnais, se traduisent avant tout *par une énorme rate* de plusieurs kilos et d'évolution chonique existant parfois depuis plusieurs années, associée à une *réaction myéloïde du sang*, myélocytaire et érythroblastique à la fois, sans formule leucémique puisque la leucocytose reste normale à 6.000 ou ne dépasse pas 20.000. D'autres signes hématologiques inconstants sont représentés par une anémie ou une polyglobulie, évoluant parfois chez le même malade de l'une à l'autre, et associée à des tests sanguins de régénération hâtive, tels que anisocytose, poïkilocytose et polychomatophilie. La ponction des centres montre une hyperplasie myéloïde polarisée dans les trois sens : érythroblastique, myélocytaire et mégacaryocytaire, du foie et de la rate surtout, de la moelle osseuse accessoirement.

Parfois, à la scène clinique précédente, se surajoute une ostéopétrose diffuse (J. Dechaume, A. Guichard), forme marmoréenne de la maladie et par toutes ces caractéristiques se confirme l'étroite ressemblance des érythroblastoses infantiles et de celles de l'adulte, l'anémie type von Jacksh et la maladie marmoréenne des enfants possédant leur exacte réplique à l'âge mûr de la vie.

L'interprétation nosologique de ces cas prête à discussion : P.-E. Weil a eu l'indéniable mérite de les expliquer par le retour à l'érythropoïèse embryonnaire. Mais il leur concède la dénomination d'érythroblastose chronique de l'adulte ou de maladie érythroblastique : dans le cas particulier, cette appellation ne tient compte que d'un seul stigmate parmi les nombreux critères hématologiques ou tissulaires de l'affection : sans doute l'érythroblastose sanguine et hépatosplénique représente la marque distinctive de ces états douée de la valeur séméiologique la plus

importante, mais elle s'associe, il ne faut pas l'oublier, à une double réaction myélocytaire et mégacaryocytaire conjointe, aussi bien tissulaire que sanguine ; l'anatomie pathologique et l'expérimentation démontrent d'ailleurs à l'évidence que cette triple réaction passée sous silence par bien des auteurs, engendre un type histologique particulier de myélose globale et panachée à laquelle convient parfaitement le terme de myélose aleucémique mégacaryocytaire (M. Favre, P. Croizat et A. Guichard), tous ces cas devant, du point de vue nosologique, rentrer sans conteste dans le grand groupe des myéloses aleucémiques (Favre, Croizat et Guichard in Th. Mlle Aubert, Lyon, 1939. — Th. de Riondet, Lyon, 1942).

b) Tout autre est *l'érythroblastose aiguë de l'adulte*, correspondant à la myélose érythrémique aiguë de Di Guglielmo, à l'érythroleucomyélose aiguë de P. Chevallier (in th. Mme Rodellet du Porzic) étudiée à Lyon par MM. Péhu, Mouriquand et Wenger, Paliard, Croizat et Vachon, Noël (in th. Picard, 1941). Elle se manifeste par une *anémie* précoce et progressive jusqu'à 1.000.000 de G. R., des *hémorragies* profuses, une rate modérée sans ganglions et une *fièvre* élevée à 40°. *L'érythroblastose* sanguine y est massive, rappelant les invasions *leucémiques* jusqu'à 200.000 G. R. nuclées par mm³ de sang qui restent tous au stade basophile, réalisant ainsi le « hiatus erythremicus ». Il ne s'agit pas d'une maladie hépato-splénique, mais bien d'une affection foncièrement médullaire où le médullogramme donne une formule exclusivement érythroblastique. Parfois on observe dans le sang circulant, des décharges mégaloblastiques, tantôt le sang est normal et le diagnostic établi par la seule ponction sternale (cryptoérythrémie aiguë), tantôt il s'agit d'une érythroleucose avec réaction blanche du sang associée de type myélocytaire ou myéloblastique (érythroleucémie, érythroleucomyélose aiguë). L'échéance est fatale.

CONCLUSION. — De cette étude il ressort que l'érythroblastose doit être uniquement considérée comme un symptôme hématologique et clinique, de haute valeur séméiologique et diagnostique, s'observant au cours d'états morbides définis ou de maladies encore mal caractérisées. Nul ne doit en ignorer la signification.

BIBLIOGRAPHIE

AUBERT (Mlle). Les myéloses aleucémiques. *Thèse Lyon*, 1939.

DECHAUME, CROIZAT, P. GIRARD et QUINET. Observation anatomo-clinique de myélose aleucémique avec ostéosclérose. *Lyon Médical*, 1941.

FAVRE, P. CROIZAT et A. GUICHARD. Syndrome hépatosplénique avec réticulomyélose aleucémique mégacaryocytaire. Congrès Français de Médecine, octobre 1942, Paris.

— La myélose aleucémique mégacaryocytaire. *Annales de Médecine*, 1934, n° 1 ; *Journal de Médecine de Lyon* 1933, 20 déc. ; *Th. Dumont*, *Lyon*, 1933.

GILLOT. Anémie et myélose expérimentale par la saponine et le thorium X. *Thèse Lyon*, 1935-1936.

GUICHARD (A.) et FEROLDI (J.). Ostéopétrose diffuse (état des os marmoréens) et myélose aleucémique mégacaryocytaire. *Lyon Médical*, 28 juin 1942, p. 197.

PAVIOT (J.), GUICHARD (A.) et PLAUCHU (M.). Les anémies cancéreuses avec myélémie. Sur une forme particulière de cancer secondaire des os. *Journal de Médecine de Lyon*, 1935, 2 janvier.

RIONDET. Les myéloses aleucémiques (myélose érythro-leuco-mégacaryocytaire). *Th. Lyon*, 1942.

SUR LA RÉALITÉ DES AZOTÉMIES D'ORIGINE EXTRA-RÉNALE

RÉFLEXIONS INSPIRÉES PAR LES CONDITIONS ALIMENTAIRES ACTUELLES

Par M. François MOREL
Ancien Assistant au Collège de France
et M. Roger CROSNIER
Chef du Service des Etudes Médicales au Ministère de l'Agriculture et du Ravitaillement

Le terme d' « azotémie extra-rénale » vient d'être quelque peu malmené récemment par MM. Lemierre, Delay et Tardieu (1).

Ces auteurs, discutant à propos d'une intéressante observation personnelle, de la pathogénie de ce qu'ils conviennent d'appeler les « encéphaloses azotémiques », par opposition aux « encéphalites psychosiques aiguës azotémiques », individualisées jadis par MM. Toulouse, Marchand et Courtois (2) se demandent s'il y a lieu de maintenir la discrimination généralement admise : les premières dues à une néphrite azotémique, les secondes relevant d'une azotémie extra-rénale.

Et M. Lemierre et ses collaborateurs de conclure par la négative, terminant leur article par cette phrase : « *Quant au terme d'azotémie extra-rénale, qui risque de consacrer une conception physio-pathologique difficilement défendable, nous estimons qu'il doit être rayé du langage médical* ».

Qu'il nous soit permis, avant de poursuivre, d'ouvrir une parenthèse pour mentionner l'observation ci-après qui démontre précisément l'autonomie certaine des azotémies extra-rénales dans le domaine neuro-psychiatrique. L'un de nous a observé, en effet, un malade récemment hospitalisé dans son service pour agitation maniaque. Ce sujet, qui refusait toute nourriture et toute boisson depuis plusieurs jours et qu'on avait négligé d'alimenter artificiellement, était arrivé dans un état de dénutrition et déshydratation marquées avec troubles encéphalitiques. Convulsions cloniques et toniques, et une *azotémie à 2 gr. 25*. La rehydratation et rechloruration (sérum glucosé isotonique s/c et hypertonique i/v, sérum physiologique s/c et sérum salé hypertonique i/v), firent disparaître rapidement les convulsions, et ramenèrent en 3 ou 4 jours l'azotémie au taux normal de 0 gr. 30. Seul subsista l'état psychique qui nécessita l'internement pour cure appropriété (cardiazol). Chez ce sujet *dont l'appareil rénal était intact*, la notion d'azotémie extra-rénale s'avérait donc indiscutable, conditionnée à la fois par manque d'eau et manque de sel.

M. Jules Cottet, d'Evian, s'élève contre cette manière de voir en ces termes (3) : « *Cette condamnation est sévère. Mais est-elle aussi juste que sévère? Je ne le pense pas...* », et après avoir développé son point de vue, il conclut à son tour : « *L'expression d'azotémie extra-rénale, qui dit bien ce qu'elle veut dire, doit être conservée* ».

N'oublions pas, en effet, que M. Jules Cottet fut l'un des pionniers de la conception des hyperazotémies de cause non rénale par insuffisance de la diurèse (4) (5). Cette même notion, si féconde à notre avis, tant du point de vue doctrinal que pratique, fut soutenue aussi notamment par MM. Castaigne et Chaumerliac (6) (7).

Depuis lors, il ne semble pas exagéré de dire qu'elle était et qu'elle continue à être admise par tous.

Pour Cottet, le taux d'urée sanguine dépend de trois facteurs : uréogénie c'est-à-dire quantité d'urée formée ; diurèse aqueuse ; pouvoir uréo-concentrateur des reins. Seul ce dernier facteur est spécifiquement rénal. Les deux autres sont « extra-rénaux » ou, si l'on préfère « non rénaux » ou « pré-rénaux ». La diurèse aqueuse peut être insuffisante de façon absolue (oligurie) ou relative (volume urinaire normal mais insuffisant parce que l'uréogénie est grande).

Cette distinction explique toutes les hyperazotémies (8) :

a) Rénales, par néphrites aiguës ou chroniques, dues à un pouvoir uréo-concentrateur abaissé ;

b) Extra-rénales, dues à une uréogénie excessive, endogène ou exogène, ou à une diurèse aqueuse insuffisante, absolue ou relative, ces deux facteurs agissant isolément ou conjointement ;

c) Mixtes, relevant à la fois d'une cause rénale (azotémie fondamentale ou de base) et d'une cause extra-rénale surajoutée (azotémie par surcroît).

***

Nous voudrions, pour notre part dans cette brève note, montrer que les régimes alimentaires restrictifs de la période présente apportent de nouveaux arguments en faveur de l'existence indéniable des azotémies extra-rénales.

Deux ordres de faits retiendront notre attention, qui ne sont en réalité que les deux phases successives d'un même processus.

Première constatation. — Les sujets, quels qu'ils soient, présentent actuellement une carence et un déséquilibre alimentaires portant sur : protides, glucides, lipides, sels minéraux, vitamines et eau parfois. Il en résulte, pour la question qui nous occupe, la constatation extrêmement fréquente de taux d'urée sanguine particulièrement bas. Les 0 gr. 25-0 gr. 30 d'urée hypobromite « normale classique » sont devenus couramment 0 gr. 15-0 gr. 20. L'azotémie dite « d'alarme » est déplacée de 0 gr. 50-0 gr. 60 à 0 gr. 40-0 gr. 45. Et les « taux forts » eux-mêmes du schéma de Widal sont très décalés dans le même sens, ce qui rend leur pronostic plus sombre que jadis (9).

Signalons en passant que les glycémies normales ou pathologiques ont subi la même baisse. Cette hypoglycémie actuelle est non seulement conditionnée par un apport insuffisant en hydrates de carbone, mais surtout par une carence plus ou moins forte de corps gras. Celle-ci détermine, en effet, une mauvaise utilisation des glucides, par trouble intime de leur métabolisme dans l'organisme.

Donc, de même que la diminution des lipides ou glucides alimentaires a abaissé les taux de glycémie, de même celle des protides a abaissé les taux d'azotémie.

Autrement dit, jadis, on faisait baisser les hyperazotémies extra-rénales pures, ou la fraction par surcroît des azotémies mixtes, uniquement par un régime approprié.

(1) LEMIERRE, DELAY, TARDIEU. *Presse Médicale*, 11-14 juin 1941 et 25-28 juin 1941.
(2) TOULOUSE, MARCHAND, COURTOIS. *Presse Médicale*, 12 avril 1930.
(3) Jules COTTET. *Presse Médicale*, 19 juillet 1941 (Rubrique « Correspondance »).
(4) Jules COTTET. *Paris Médical*, 16 novembre 1929.
(5) Jules COTTET. *Presse Médicale*, 9-12 avril 1941.
(6) CASTAIGNE, CHAUMERLIAC. Rapport au Congrès d'Evian 1933 (présidé par M. Lemierre).
(7) CASTAIGNE, CHAUMERLIAC. *Journal Médical Français*, septembre 1933.
(8) François MOREL. *Guide de Biologie Clinique Pratique*, 3e édition, 1939, p. 38.
(9) François MOREL. Acquisitions nouvelles en biologie et laboratoire. *Bulletin Médical*, 15 novembre 1941.

Aujourd'hui notre régime restrictif obligatoire aboutit au même résultat.

C'est le premier temps des carences alimentaires actuelles légères et encore bien supportées. Abaissement du taux d'azotémie par diminution d'uréogénie exogène.

Tableau résumé de la statistique personnelle de l'un de nous venant à l'appui de la première constatation de notre exposé et mettant en parallèle 1.000 azotémies d'avant-guerre et 1.000 azotémies d'après-guerre

TAUX D'URÉE (HYPOBROMITE)	AVANT-GUERRE	APRÈS-GUERRE
Inférieurs à o gr. 15....	(*) 10	(**) 116
De o gr. 15 à o gr. 30..	372	441
De o gr. 30 à o gr. 50..	448	294
De o gr. 50 à 1 gr......	125	99
Supérieurs à 1 gr.......	45	50
TOTAUX	1.000	1.000

N. B. — (*) Taux le plus bas d'avant-guerre = o gr. 14.
(**) Taux le plus bas d'après-guerre = o gr. 07.

Seconde constatation. — Le second fait, disions-nous, n'est que la seconde phase du même processus. Les restrictions étant plus marquées, ou prolongées, ou l'organisme moins résistant, on aboutit au contraire à la constatation d'hyperazotémies cette fois, en dehors de toute participation rénale, avec diurèse, densimétrie urinaire en série, épreuve de P. S. P. ou rapport uréique hémato-urinaire de Jules Cottet satisfaisants, donc azotémies extra-rénales toujours, mais celles-là d'origine endogène par formation exagérée d'urée aux dépens des albumines de l'organisme. C'est ce que l'on observe couramment à l'heure actuelle dans les carences graves : jeûneurs d'asiles ou de prisons, avec cachexie, amaigrissement énorme (10).

Nous ne voulons pas aborder dans cette note la question des *œdèmes par déséquilibre alimentaire*, qui nous entraînerait trop loin et nous ferait sortir du cadre que nous nous sommes assigné. Il semble, d'ailleurs, que dans nombre de ces cas, il y ait une azotémie normale ou basse, mais par contre élévation de *l'azote résiduel*, qui paraît bien liée à la dénutrition (11). L'un de nous a observé le même fait chez des détenus de prison, transférés à l'hôpital pour œdème de famine.

En résumé : *Premier fait ou premier temps :* carence encore légère, hypoazotémie, par suppression de l'uréogénie exogène en excès *d'origine extra-rénale* ; *deuxième fait ou deuxième temps :* carence grave ou prolongée, hyperazotémie, par augmentation de l'uréogénie endogène *d'origine extra-rénale.*

Et il nous faudrait enfin ajouter, pour terminer, sans malheureusement pouvoir y insister, le traitement analogue de ces cas d'hypo ou d'hyperazotémie, à savoir un régime de suralimentation chaque fois que la chose est possible (!) *Troisième et dernier argument*, d'ordre diététique celui-là : Suralimentation raisonnée certes, dans le premier cas ; par contre, régime extrêmement surveillé dans le second cas, prudent, progressif, ménager au début en protides, car ce n'est que lentement que les grands dénutris se réadaptent et peuvent satisfaire aux exigences du métabolisme correct des protides, ainsi qu'à celles d'une bonne tolérance digestive et d'un fonctionnement hépatique normal. Il est d'ailleurs à noter que leur hyperazotémie cède, en général, assez lentement au fur et à mesure que les intéressés ont repris un équilibre pondéral.

Telles sont les notions simples, sur les azotémies extra-rénales, sur lesquelles nous désirions attirer l'attention des biologistes et des cliniciens.

(10) Roger Crosnier. Le problème médical de l'alimentation actuelle. Etat de la question. Mémoire de 60 pages. *Imprimerie Nationale*, 1942.

(11) Guy Laroche, Grigaut, Trémolières. *Société de Biologie*, 22 novembre 1941.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

26 *novembre.* — M. Bastien. Sur un cas de pneumothorax extrapleural en deux temps datant de cinq ans.

2 *décembre* 1942. — Mlle Simonot. Influence de la turbidité dans les mesures calorimétriques. — M. Gloux. Dosages et traitements hormonaux dans les troubles médicaux périodiques liés aux troubles des règles. — M. Berveiller. Contribution à l'étude du cancer de la verge.

3 *décembre* 1942. — M. Henry. Sérologie de la syphilis. Etude de la sensibilité des réactions B.W., B.W.D. Mo et O., K. standard. — M. Gallaut. Du traitement des pancréatites aiguës (Place du drainage lombaire immédiat ou retardé). — Mlle Ravet, M. Lemaitre. — Les complications sanguines de la varicelle.

9 *décembre* 1942. — M. Davy. Les hémiplégies post-infectieuses de l'enfance. — Mlle Roger-Depitre. L'estomac dans l'intoxication benzolique. — M. Marsac. Contribution à l'étude du traitement de la névrite optique par la vitamine B_1. — M. Pellistrandi. Contribution à l'étude de l'alimentation des collectivités d'enfants. — M. Guillaume. — L'influence des événements actuels sur la pathologie. — M. Paressant. Les présentations dystociques du siège. — Mme Paressant. A propos de quatre cas de pyonolepsie;

A PROPOS DE L'HYSTÉRECTOMIE

par George Pascalis

On a beaucoup discuté de l'hystérectomie et maintes fois pesé les avantages et les inconvénients réciproques de la totale et de la subtotale. Deux incidents récents m'ont paru mériter de retenir l'attention et autoriser, une fois de plus, une rapide revue de ce terrain si battu. La subtotale laisse subsister sous le voile du péritoine une muqueuse septique. La détruire au thermocautère n'est pas satisfaisant pour l'esprit et expose à des contacts indésirables. Aussi, la plupart des opérateurs préfèrent-ils évider le col, soit d'emblée, en le sectionnant, soit secondairement, au cours d'une reprise. En agissant ainsi, j'ai atteint, deux fois, une artériole cervicale profonde. La section a été rigoureusement blanche. Mais quelques heures plus tard, la patiente présentait un saignement vaginal assez important pour résister à un tamponnement serré et nécessiter la mise en place par voie basse d'un point en U de solide catgut. Je sais bien que les fils de fermeture du col pourraient être passés assez bas pour prévenir systématiquement cet incident, mais on courrait le risque, ce faisant, de venir au contact de la muqueuse restante et l'extrême rareté de ce saignement ne justifie guère la mise en place par voie haute d'un point en U étreignant le col.

A cet inconvénient mineur, on en peut ajouter de plus importants. En premier lieu, l'abandon d'un col sans utilité, qui dans la suite donnera trop souvent lieu à des pertes glaireuses qui agacent les malades et lassent la patience du médecin. D'un col sur lequel, avec une fréquence qui n'est pas négligeable, peut apparaître un cancer quel que soit son point de départ. L'hémostase la plus minutieuse laisse toujours se produire pendant les quarante-huit premières heures un très léger suintement sanguin dont témoigne la mise en place d'un drain et qui est responsable du mouvement thermique initial que l'on note habituellement chez les malades non drainés.

On a fait à la subtotale la réputation d'être plus facile, plus rapide, moins meurtrière, et de guérir plus vite. Je ne crois pas que cela soit exact. La totale, faite par le procédé que j'ai fait connaître il y a vingt-cinq ans et que j'ai encore simplifié depuis (cf. Opérations usuelles : Baillière 1926), permet une opération aussi rapide, aussi simple, aussi bénigne que la subtotale et qui guérit plus rapidement. C'étaient les conclusions de Viard lorsqu'il a reproduit cette technique — comme originale — dans le *Journal de Chirurgie* en 1929. Elle évite l'ouverture septique du vagin et chez les infectées permet d'exclure le petit bassin et de fermer l'abdomen. Je crois cependant que chez les femmes jeunes il faut lui préférer la subtotale car elle laisse parfois un organe court et longtemps douloureux dont elles s'accommodent mal. Une autre contre-indication à la totale est l'existence d'un premier degré de prolapsus que l'ablation du col aggraverait d'une façon certaine. Et voici une preuve des avantages de la totale, à mon sens, décisive. J'ai eu quelque peine à faire admettre aux médecins qui me font confiance ce que je viens d'avancer. Les résultats les ont convaincus de telle façon que, depuis, ils ont toujours insisté auprès de moi pour que je fasse à leurs malades des ablations complètes.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 12 janvier 1943

Notice. — M. Baumgartner lit une notice nécrologique sur M. Begouin (de Bordeaux) correspondant national.

Infection humaine massive par cultures de bacilles typhique ou paratyphique B. Résultats de la vaccination spécifique par la méthode des vaccins à l'éther. — M. H. Vincent (1). — Je voudrais appeler l'attention sur un ensemble de faits qui offrent tous les caractères d'une véritable expérimentation chez l'homme. Il s'agit d'infections intenses, accidentelles ou voulues, par des quantités énormes de bacilles typhique ou paratyphique B. Par le caractère massif de ces infections, par les résultats de la vaccination par l'éthéro-vaccin, ils viennent encore renforcer, s'il est possible, les conclusions que j'ai précédemment développées sur l'efficacité de cette méthode.

L'homme affecte une prédisposition excessive pour les maladies typhoïdes. Une première atteinte ne confère pas toujours l'immunité. Je connais deux cas de récidives bactériologiquement vérifiés. L'un d'eux est plus spécialement intéressant parce que la deuxième atteinte, *aussi grave que la première*, succéda à l'absorption involontaire, au laboratoire, d'une trace de culture typhoïdique.

Par contre, je signalerai que deux préparateurs *antérieurement vaccinés par le vaccin à l'éther*, et infectés de la même manière, sont restés *absolument indemnes.*

Depuis 1910, dix cas semblables d'infection de laboratoire survenus en France ou en Belgique (cas de Haibe, de Namur) m'ont été signalés ou ont été observés par moi-même. Ils sont dus neuf fois au bacille typhique et une fois au paratyphique B. Les quantités de culture en bouillon absorbées ont été de un/demi à trois centimètres cubes ; une fois, de quatre à cinq centimètres cubes. Enfin, un treizième cas concerne une jeune fille qui avala volontairement, dans un but de suicide, 10 centimètres cubes de culture de bacille d'Eberth, soit au moins dix

(1) Voir *Gaz. Hôp.*, 1942, n° 35, p. 445; et *Gaz. Hôp.*, 1943, n° 1, p. 10.

milliards de bacilles. Aucun de ces sujets n'avait été vaccinés, à l'encontre des deux précédents.

Mais ils se sont fait vacciner soit à mon laboratoire, soit à l'aide de vaccin (que j'avais envoyé d'urgence) un ou deux jours après; une autre fois, trois jours plus tard. Quant à la jeune fille qui avait tenté de se suicider d'une manière si dramatique, elle vint, *cinq jours après*, recevoir sa première injection vaccinante dans mon laboratoire.

Or, *tous ces sujets sans aucune exception, ont entièrement échappé à la fièvre typhoïde ou paratyphoïde.* La protection si remarquable dont ils ont heureusement bénéficié s'explique, ainsi que je l'ai signalé autrefois, par la production précoce et importante d'anticorps spécifiques à partir du cinquième jour, parfois du quatrième jour qui suit la première injection. Cette protection vérifiée par le pouvoir bactéricide du sang des vaccinés, devance ainsi l'éclosion de la maladie dont la durée d'incubation est plus longue.

Enfin, je signalerai, pour terminer, les expériences plus extraordinaires encore faites, en 1913, par mon collègue disparu, M. Thiroloix, médecin des hôpitaux. A plusieurs sujets (quatre m'a-t-il dit) antérieurement vaccinés par lui à l'aide du vaccin à l'éther, il a fait absorber impunément par chacun d'eux, le contenu d'un bol rempli de culture du bacille typhique. Sur ma demande expresse, ces expériences n'ont pas été publiées par lui. Il convient de les faire connaître aujourd'hui.

Je ne crois pas qu'en aucun pays ni par aucune autre méthode de vaccination antitypho-paratyphique, il ait été observé un ensemble de faits semblables à ceux que j'ai précédemment signalés ou que je publie aujourd'hui, et qui apportent avec eux des conclusions aussi décisives.

Le dépistage simultané de la syphilis et de la tuberculose. L'examen systématique des procréateurs. — M. le Prof. Gougerot présente deux communications importantes du Centre de Médecine Préventive de Nice remarquablement dirigé par le Dr Boisseau.

Dans la première note, M. Boisseau avec MM. Bouisson et Pellegrin insistent sur « le dépistage simultané de la syphilis et de la tuberculose dans les collectivités ». D'ordinaire, on ne cherche que la tuberculose et, trop souvent, les phtisiologues ne s'intéressent pas au dépistage de la syphilis et de la gonococcie. Boisseau a démontré que les dispensaires antivénériens pouvaient, avec le plus grand succès, faire en même temps le dépistage de la tuberculose. C'est un exemple à suivre dans les deux sens : que les phtisiologues ne négligent pas les maladies vénériennes, que les dermato-syphiligraphes pensent à la tuberculose.

Dans la deuxième note, M. Boisseau avec M. Ciaudo a montré « l'importance de l'examen systématique des procréateurs par la consultation prénatale paternelle » ; ses statistiques ne laissent aucun doute sur les services considérables rendus par ces examens systématiques.

C'est encore là un nouvel exemple des bienfaits de la médecine préventive qu'il est malheureusement si difficile de faire adopter par le public français.

Séance du 19 janvier 1943

Rapport. — M. Martel donne lecture d'un rapport au nom de la commission du rationnement alimentaire :

La ration alimentaire, dit-il, est pauvre en protéine et en graisse.

On envoie chaque jour des abattoirs à l'équarrissage des quantités de viandes (maigres, jeunes...) qui doivent être récupérées. On a trop gaspillé de viandes encore alibiles.

L'application d'un système de primes à l'abatage des veaux a fait envoyer, du 24 août au 23 septembre 1942, des milliers de bovins maigres et affamés sur la Villette, 700 à 800 tonnes de viandes (animaux morts d'épuisement : 333 gros bovins, 434 veaux) ont été perdues. 446 autres tonnes (284 bovins adultes, 162 veaux) furent envoyées à l'équarrissage comme défectueuses par application d'une circulaire trop exigeante.

On doit récupérer ces viandes de sujets maigres ayant eu faim, les viandes d'animaux jeunes et, en général, les viandes simplement défectueuses, encore saines.

Nous l'avons fait en 1914, 1915 et 1916. P. Roux à Rennes récupère 6 à 8 tonnes par mois (44 tonnes au début en 8 mois 1941-1942).

Les gras de porcs peuvent être aussi récupérés à l'abattoir (pannes de porcs saisis pour certaines formes de tuberculose ; pannes et lards de porcs atteints de cysticercose ou « ladrerie »).

La récupération doit se faire sans organisme industriel ou commercial interposé. Il faut écarter les marques faisant l'objet de brevets (pâtés...) ou de savantes réclames relatives à de fantaisistes dénominations « escalopes de... »).

On doit, enfin, définir exactement ce qu'il faut entendre au sujet de la stérilisation par la « vapeur sous pression ».

Anthropométrie d'une fille de 14 ans de petite stature. — M. Pierre Nobécourt. — L'anthropométrie est indispensable pour l'étude des enfants et des jeunes gens qui présentent des réductions ou des excès de taille.

Une fille de 14 ans 2 mois est de petite stature. Sa taille est inférieure à 2 cm. 5, soit 1,6 % à la moyenne ; c'est celle d'une fille de 13 ans 6 mois. Comparée aux filles de même taille, elle a un *buste* relativement long, des *membres inférieurs* relativement courts, *un rapport de Manouvrier* faible ; elle présente une *brachyskélie* légère ; son *poids* est supérieur de 17 %, son *périmètre thoracique* conforme; son *coefficient de Pignet* inférieur, sa *corpulence* forte.

Les caractères sexuels secondaires sont conformes à l'âge, la *morphologie féminine* est bien caractérisée. Les *menstruations* sont espacées et peu copieuses.

L'étude de la *croissance staturale* depuis l'âge de 2 ans apprend que la croissance se ralentit à partir de 3 et surtout de 7 ans ; ce ralentissement est dû à l'insuffisance d'allongement des membres inférieurs ; la poussée de croissance prépubérale ne se fait pas.

Aucun facteur hygiénique ou pathologique ne peut être incriminé. Seul le *facteur familial* est à retenir. La mère est petite, brachyskèle, corpuleuse ; sa fille reproduit son type morphologique.

Considérations sur l'hypertension des amputés de guerre. — M. Balthazard. — Par l'étude de moyennes aux divers âges, MM. Balthazard et Routier ont montré qu'il existe de l'hypertension chez les amputés de guerre. Le fait tiendrait, pense M. Routier, à ce que les auteurs ont examiné un groupe d'amputés, sélectionnés par le désir d'accroître leur pension, ce que la constatation de l'hypertension devait faciliter. M. Balthazard admet, au contraire, que l'amputation est génératrice d'hypertension. Pour le démontrer, il a examiné 250 amputés, pris au hasard parmi les membres de la Fédération des Amputés, qui n'avaient formulé aucune revendication. Or, la courbe des moyennes des tensions artérielles est de même forme pour eux que pour les revendicateurs. Ils ont également de l'hypertension à partir de 50 ans, âge auquel la tension s'élève quelle que soit la cause de l'hypertension.

D'ailleurs toutes les amputations n'agissent pas de la même façon sur la tension artérielle. Sont surtout génératrices d'hypertension les amputations hautes de bras ou de cuisse, à tel point que les amputés de jambe ont des tensions à peu près normales.

Conformément à l'opinion de Rausche, de Lhermitte, les tensions sont plus élevées chez les amputés de cuisse que chez les amputés du membre supérieur. Le fait n'est vrai d'ailleurs que jusqu'à 55 ans ; à partir de cet âge la tension est la même pour les amputés du membre supérieur et du membre inférieur. De même, on constate que les amputés du bras gauche provoquent une hypertension plus importante que l'amputation du bras droit, mais seulement à partir de 50 ans.

« En résumé, dit M. Balthazard, lorsqu'un mutilé demande que soient imputés à sa mutilation des troubles neurotoniques et vasculaires, désignés sous le nom de *troubles cardiaques des amputés*, je considère comme une présomption d'origine le fait qu'il est amputé du membre inférieur à la cuisse ou du membre supérieur au bras, surtout au bras gauche. A ce moment, je considère le cas de chaque mutilé comme un cas d'espèce, en ce sens que pour admettre sa revendication, je recherche chez lui une ou plusieurs des causes accessoires qui interviennent, comme l'a magistralement montré Laubry, dans la genèse de l'hypertension et dont on doit tenir compte quand elles sont d'une façon certaine sous la dépendance de l'amputation : il en est ainsi pour les suppurations prolongées du moignon, la gangrène gazeuse qui a nécessité l'amputation, les douleurs particulièrement vives, en rapport avec un névrome, l'épilepsie du moignon, les troubles névropathiques causés par le changement de vie, les complications infectieuses ou toxiques, l'obésité en rapport avec la sédentarité, etc.

« Lorsque ces causes sont la conséquence exclusive de l'amputation, celle-ci est elle-même la cause exclusive des troubles cardiaques. ».

A propos des tumeurs dites mixtes des glandes salivaires. — M. Roger Leroux. — Les tumeurs « dites mixtes » des glandes salivaires sont des épithéliomas si l'on se fonde sur les arguments cliniques et histologiques. Elles représentent parfois des formes évolutives « bridées » mais cette éventualité est loin d'être la règle. Elles rentrent vraisemblablement dans le cadre général des épithéliomas des glandes en grappe ou en nappe (mammaires, bronchiques, cutanées, etc.). C'est en considérant ces tumeurs comme des épithéliomas que l'on doit diriger les recherches thérapeutiques sur la meilleure méthode à employer à leur endroit.

Données expérimentales relatives au traitement de la syncope respiratoire anoxémique par quelques analeptiques. — MM. H. Hermann et J. Jourdan (de Lyon).

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 16 décembre 1942

Luxation antérieure du coude sans fracture. — MM. Lavenant et Mousseau. — M. Sénèque rapporte cette observation dans laquelle les auteurs purent, au cours de la réduction, constater que l'humérus ne reprenait sa place qu'après un mouvement de translation en dehors.

Hémorragies gastriques graves d'origine splénique. Splénectomie. Guérison. — M. Sauvage insiste sur les lésions histologiques présentées par la rate qui n'était que modérément augmentée de volume. L'auteur soulève la question des gastrites hémorragiques et montre les difficultés de diagnostic soulevées par une hémorragie gastrique en l'absence d'ulcère gastrique net.

M. Sénèque considère que les gastrites localisées hémorragiques sont tout à fait exceptionnelles. D'autre part, la splénectomie ne paraît pas avoir une influence heureuse sur les grandes hématémèses et leurs suites éloignées.

M. Redon possède une observation comparable à celle de M. Sauvage.

M. Blondin a observé chez deux malades splénectomisés depuis 13 ans des accidents secondaires minimes.

M. Brocq a observé également des rechutes d'hémorragies après splénectomie.

M. Couvelaire rappelle que M. Grégoire hésitait à poser l'indication d'une splénectomie sur l'abondance de l'hémorragie.

M. Sauvage montre que la splénectomie a permis de sauver un malade et que toutes observations de récidives ont été rapportées chez

des malades porteurs de très grosses rates et en particulier de lésions des vaisseaux qui sont irréversibles.

Hernies constatées chez les prisonniers rapatriés. — M. Giraud. — M. Sauvé, rapporteur.

Traitement du choc par la perfusion de sérum adrénaliné. — M. Leveuf.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 4 décembre 1942

Dosage des lipides sanguins dans un cas d'anémie Biermerienne. — MM. Brulé, Laudat et Gilbrin.

Anémie pernicieuse ictérienne. Diagnostic avec l'ictère hémolytique acquis. — MM. Brulé, Gilbrin, Vildé, Viquié et Pestel.

Neurinome médiastinal. — MM. R. Moreau, G. Boudin et Olivier Monod présentent une malade à qui ils ont pu faire enlever un volumineux neurinome médiastinal du nerf phrénique gauche apparu au cours d'une maladie de Recklinghausen. Les symptômes de compression médiastinale avaient augmenté depuis 1940 et menaçaient l'existence de la malade.

L'intervention chirurgicale en un temps permit d'extraire un neurinome de la forme et de la taille d'une aubergine. Les symptômes médiastinaux disparurent tous.

Paralysie sciatique secondaire à une injection intra-fessière de soludagénan. — MM. Fiessinger et Dupuy. — Nouvelle observation de paralysie grave du sciatique après injection de soludagénan faite au voisinage du tronc nerveux.

M. Alajouanine a observé deux cas semblables, l'injection ayant été faite au point d'élection.

Action de l'alimentation actuelle sur les échanges salins chez l'enfant. — M. Ribadeau-Dumas. — L'alimentation peut avoir une influence directe sur les échanges hydro-salins par suite de son insuffisance en minéraux, et une influence indirecte en raison des troubles qu'elle crée dans l'excrétion des sels. Les troubles ressortissent surtout aux états spasmophiles. On observe aussi une exagération du transit intestinal, selles volumineuses, muqueuses.

Séance du 11 décembre 1942

Septicémie à staphylocoque doré hémolytique. Guérison par le traitement sulfamidé combiné à l'iodothérapie. — MM. H. Mondon, R. Pirot, J.-L. André, J.-J. Blein.

L'anasarque sans albuminurie des diarrhées incoercibles. Cas avec action remarquable sur l'œdème de la vitamine B_1. — MM. Félix-Pierre Merklen, H.-M. Gallot et Mme Ed. Gouygou-Roth. — Action remarquable de la vitamine B_1 sur l'œdème dans un cas d'anasarque avec diarrhée incoercible résultant d'une incontinence néoplasique du pylore : la fonte des œdèmes amena une perte de poids de 14 kg. en vingt jours. Un défaut d'absorption et d'assimilation de la vitamine B_1 semble à incriminer, l'assimilation défectueuse du chyme alimentaire ayant été signalée comme facteur d'*œdème digestif*.

Septico-pyohémie à staphylocoques. Guérison par l'iodo-sulfamidothérapie. — MM. H. Mondon, R. Pirot, L. André et J.-J. Blein. — Cas grave d'anthrax de la lèvre supérieure, avec septicémie (hémoculture positive au staphylocoque doré hémolytique) et abcès pulmonaires métastatiques, chez un matelot de 18 ans. Le traitement consista dans l'association d'iodoprotide, puis d'iodure de sodium, au septoplix dont on donna un total de 118 grammes. Guérison en 18 jours.

Sulfamido-prophylaxie des complications de la rougeole. — MM. Celice, Kartun et Camus ont soigné depuis janvier 1942 653 cas de rougeole soumis à la sulfamido-prophylaxie au cours de l'éruption. Si les sulfamides n'ont aucune influence sur l'évolution de l'éruption leur emploi permet de prévenir les complications et de diminuer ainsi le temps d'hospitalisation.

Forme fruste du syndrome de Wolkmann. — J. Dereux (Lille). — Observation d'une malade présentant des signes fonctionnels importants (douleurs dans les régions lombaires et la cuisse gauche ; altération de la marche rappelant celle des myopathiques) : une strie osseuse linéaire bordée en haut et en bas, coupant le fémur gauche au niveau de la petite tubérosité. Traitement par la vitamine D en solution concentrée. Guérison.

Un cas de crypto-leucémie aiguë. — MM. Mondon, Pirot, André.

Séance du 18 décembre 1942

Séance annuelle. — Eloge des disparus par M. Huber, secrétaire général.

SOCIETE DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 14 octobre 1942

Pied creux essentiel. — M. Lamy.

Quelques réflexions sur les formes chirurgicales de l'actinomycose cervico-faciale. — M. Bonnet-Roy.

Fracture isolée d'une branche horizontale du pubis. — M. Joly.

NOTES POUR L'INTERNAT

DILATATION DES BRONCHES

SIGNES ET DIAGNOSTIC

La dilatation des bronches se présente sous deux aspects :
La bronchectasie de l'adulte,
Et celle de l'enfant,
dont le diagnostic repose également sur le radio-diagnostic lipiodolé.

I. — *DILATATION DES BRONCHES DE L'ADULTE*

Circonstances d'apparition.

1° Dans des cas rares, on peut à la suite par exemple d'une bronchopneumonie grippale ou d'une suppuration pulmonaire, *surprendre le début* de la dilatation bronchique et en faire précocement la preuve par l'examen radio-lipiodolé ;

2° Mais le plus souvent, la dilatation des bronches se *révèle de façon tardive*, après une série de poussées successives et revêt l'allure d'une suppuration respiratoire chronique.

Etat :

1° *Le malade.*

a) Il s'agit souvent d'un sujet *relativement jeune* ;

b) Chez lequel on remarque dès l'inspection, un certain degré de *cyanose* avec des varicosités de la face, souvent aussi des *déformations ostéo-articulaires* : doigts hippocratiques, ongles en verre de montre, doigts en baguette de tambour ;

c) C'est un *bronchitique chronique*, tousseur de longue date, sujet chaque hiver à des épisodes pulmonaires aigus récidivants, s'aggravant au moindre refroidissement, et ces recrudescences, de plus en plus fréquentes et prolongées, aboutissent finalement à un état perpétuel de toux et d'expectoration purulente.

2° *S. F.*

La toux est en effet pénible, intense, à prédominance matinale *et l'expectoration* représente le symptôme fondamental de la maladie.

Elle est caractérisée par :

a) *Son abondance :* 400 à 500 gr. par 24 heures et même davantage ;

b) *Son mode de rejet :* c'est le matin au réveil qu'elle atteint son maximum ; le malade rejette presque sans effort le pus qui s'est accumulé pendant son sommeil, en « pseudo-vomique » ; souvent une certaine position facilite ce drainage bronchique. Elle est fractionnée le reste de la journée, souvent à l'occasion d'un mouvement, d'un examen;

c) *Son aspect :* purulente, mêlée de mucosités et d'exsudation séreuse, témoins de la réaction des grosses bronches, elle va se disposer en quatre couches :

Une inférieure, faite d'un magma puriforme ;
Au-dessus, liquide séro-muqueux ;
Puis filaments de muco-pus tombant « en stalactites » à travers la couche sous-jacente ;
Enfin, couche superficielle, aérée et mousseuse.

Le point le plus caractéristique est que toutes les particules purulentes ne tombent pas au fond du verre, mais surnagent au-dessus du mucus fluide. C'est là, d'ailleurs, un schéma sans rigueur absolue.

d) *L'odeur* des crachats est habituellement fade, plâtre frais. Elle peut devenir franchement fétide, prendre même un caractère net de putridité qu'on retrouve plus encore dans l'haleine après la toux. Il s'agit :

Soit d'une fétidité due à la stagnation du pus ;
Soit d'une véritable poussée gangréneuse.

Les hémoptysies ne sont pas rares ;
Généralement, elles sont peu abondantes (crachats striés de sang) ;
Elles peuvent cependant être abondantes et même graves ;
Elles pourraient faire croire à la bacillose.

3° *S. G.*

Mais, contrastant avec ce syndrome fonctionnel important, l'état général est excellent.

Pas de fièvre, en dehors de l'élévation thermique transitoire qui accompagne les poussées ;

Pas d'amaigrissement, ni d'asthénie, ni d'anorexie.

Ce contraste entre les S. F et les S. G. est le trait clinique le plus caractéristique de la dilatation des bronches.

4° *S. P.*

Les signes physiques sont très variables :

Il peut exister des *déformations thoraciques*,

Soit globales (thorax long ou thorax court et globuleux, du type emphysémateux) ;

Soit *asymétrique* (rétraction du côté atteint avec diminution de l'ampliation thoracique).

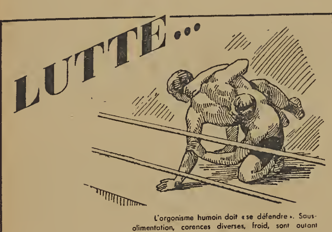
L'examen peut déceler les *syndromes les plus divers :*

Signes de *bronchite diffuse* avec râles ronflants et sibilants, sans signes en foyer ;

Foyer dense et limité, *pseudo-pneumonique* ;

Syndrome *pseudo-pleurétique ;*

Signes cavitaires (à la base droite le plus souvent) avec souffle à timbre caverneux, gros râles humides après la toux ; parfois c'est le matin, après le vidage des bronches, qu'apparaît un véritable gargouillement qui peut s'atténuer et disparaître avec l'encombrement progressif de la journée.



LUTTE...



HYPERCHLORHYDRIE
DYSPEPSIES NERVEUSES
Toutes gastralgies
KAOBROL
2 { Formules Formes
SIMPLE ou BELLADONÉ
TABLETTES ou POUDRE



HÉPATISME
ARTHRITISME
Cure de décholestérinisation
DECHOLESTROL
1 PAQUET douze jours par mois
matin et soir avant les repas
dans un demi verre d'eau



DAGÉNAN
(p aminobenzène-sulfamido)-pyridine (693)

La variabilité de ces signes est liée en partie à l'importance et à l'incessant remaniement des lésions associées pleuro-pulmonaires.

En résumé : une expectoration purulente d'une extrême abondance et parfois hémoptoïque, chez un malade dont l'apparence est celle d'un bronchitique chronique à l'état général excellent, tel est le tableau classique de la dilatation des bronches de l'adulte.

5° *Eléments du diagnostic.*

Son diagnostic repose sur :

a) *Quelques éléments cliniques* de grande valeur :

La longue histoire du malade et les poussées aiguës qui l'ont marquée. Ces poussées éclatent souvent en hiver, à l'occasion d'une rhino-pharyngite, d'une grippe ;

Poussées de *bronchite aiguë* avec recrudescence de l'expectoration, durant quelques jours ;

Poussées de *congestion pulmonaire* (avec fièvre, point de côté, foyer de râles fins, souffle) RÉCIDIVANT AU MÊME POINT ;

Plus rarement *broncho-pneumonie* vraie ;

Assez souvent épisodes hémoptoïques ;

L'allure de la *courbe d'expectoration* qui est *parallèle à la courbe thermique* a également la plus grande valeur : elle est le propre d'une suppuration bien drainée, d'origine bronchique ;

b) *L'examen de l'expectoration* est également indispensable.

Avant tout pour *éliminer la tuberculose pulmonaire* vers laquelle malgré la conservation de l'état général, oriente malgré tout le tableau clinique. L'absence, plusieurs fois confirmée, de B. K. dans une expectoration aussi franchement purulente permet de l'écarter formellement ;

L'examen de l'expectoration montre d'ailleurs :

Cliniquement, albumine en abondance ;

Cytologiquement, polynucléaires altérés dans la couche purulente, cristaux d'acides gras et cellules bronchiques altérées dans la couche superficielle, pas de fibres élastiques.

Bactériologie : flore microbienne polymorphe (pneumo, strepto, Pfeiffer, Friedlander) avec prédominance d'une espèce au moment des poussées. Au moment des épisodes gangréneux on y trouverait en outre des anaérobies et des spirochètes.

c) *L'examen radiologique* enfin est essentiel.

1° *La radiographie sans préparation* ne permet pas, en général, de poser le diagnostic de dilatation des bronches.

On peut observer :

a) *Une accentuation du tractus, broncho-vasculaire* formant des travées sombres divergeant à partir du hile, séparées par des bandes claires, ces travées pouvant se couper en formant des *images pseudo-cavitaires* ou donner aux bases *des images triangulaires para-hilaires* de fausse pleurésie médiastine (nette à droite, partiellement masquée par l'ombre cardiaque à gauche), liées d'ailleurs parfois à une *atélectasie du lobe inférieur ;*

b) *Des images de sclérose rétractile* avec surélévation du diaphragme, attraction du médiastin et des côtes ;

c) *Des images de condensation pulmonaire* surajoutées.

Elles n'ont rien de caractéristique.

2° *L'examen radio-lipiodolé* assure seul le diagnostic.

a) *Les images caractéristiques* se présentent sous trois types :

Dilatation *moniliforme* (augmentation de calibre avec renflement en chapelet) ;

Dilatation *ampullaire* (à contours nets, en grains de raisin) ;

Dilatation sacciforme (en doigts de gant) ;

b) *Certaines images sont discutables :*

Images *cylindriques* (où le parallélisme de la bronche est conservé) ;

Images de dislocation bronchique (où les bronches s'entrecroisent irrégulièrement) ;

Images en nid de pigeon (avec un niveau horizontal).

Ces images peuvent se rencontrer avec des bronches normales et, lorsqu'elles sont isolées, sont sans valeur absolue.

c) *Enfin, il faut éviter des erreurs d'interprétation :*

Ne pas écarter le diagnostic si l'on n'a pas obtenu une image caractéristique (un seul examen ne permet pas de conclure) ;

Ne pas affirmer la dilatation des bronches sur des bronches incomplètement injectées (non-injection des lobules pulmonaires par exemple, qui peut être accidentelle) ;

Sous réserve d'une telle interprétation, l'examen radio-lipiodolé est l'élément essentiel du diagnostic de la dilatation des bronches qu'il permet d'affirmer.

Evolution.

Le diagnostic posé implique un pronostic sérieux :

1° *L'évolution est d'une extrême chronicité.*

Certes l'état général peut demeurer satisfaisant pendant des années. Infirmité pénible plus que véritable maladie, la dilatation des bronches peut ainsi être compatible avec une existence normale, et les exemples classiques en sont bien connus ;

Elle n'en reste pas moins une infection remarquablement chronique et susceptible de se compliquer.

2° *Les poussées tendent à se répéter :*

Irrégulières, sans cause définie, mais allant en se rapprochant ;

Fièvre, toux, augmentation de l'expectoration, modification possible des signes physiques (apparition par exemple de signes cavitaires) ;

Apparition possible de l'ostéopathie hypertrophiante pneumique des doigts et des orteils (l'atteinte ostéo-articulaire des extrémités prenant alors l'allure d'un véritable pseudo-rhumatisme infectieux).

3° *Complications :*

a) *Tantôt les phénomènes de sclérose pulmonaire commandent la situation.*

C'est leur retentissement possible sur les cavités droites et la défaillance cardiaque qu'il faut craindre avant tout. Elle se manifeste d'abord au cours de quelque épisode intercurrent (dyspnée, cyanose, tachycardie, signe d'I. V. droite, cœur en sabot) ; un traitement toni-cardiaque peut la faire disparaître et, régulièrement poursuivi, en prévenir le retour. Mais l'asystolie finira par devenir irréductible ;

b) *Tantôt c'est l'infection qui domine la scène.*

1° *Locale :*

Abcès du poumon (bronchiectasies abcédées) ;

Pleurésie purulente ;

Gangrène. Celle-ci peut revêtir deux aspects :

Sphacèle superficiel des extrémités bronchiques (Lasègue) ;

Gangrène pulmonaire vraie donnant le tableau typique de la gangrène subaiguë à rechutes et représentant une des causes de mort les plus fréquentes.

2° *A distance :*

Abcès du cerveau ;

Abcès du foie ;

Septico-pyohémie ;

Endocardite.

Enfin, cette suppuration invétérée s'accompagne à la longue d'une *dégénérescence amyloïde* viscérale avec œdème, anasarque, diarrhée, etc.

Rappeler enfin :

La possibilité d'hémoptysie foudroyante ;

La rareté de la tuberculose secondaire.

FORMES CLINIQUES

a) *Topographiques.*

D. des B. non seulement *basale* (cas habituel) mais aussi *apicale ;*

b) *Evolutives*

A évolution lente ou rapide ;

c) *F. symptomatiques.*

F. à type de congestion pulmonaire, de cortico-pleurite, de sclérose pulmonaire. On pourrait y penser devant la *répétition des épisodes au même point* et les reconnaître par le lipiodo-diagnostic.

Une forme à retenir : la *f. sèche hémoptoïque de Bezançon.* Elle ne se traduit que par des hémoptysies se répétant à intervalles variables, sans B. K. à de multiples examens. Le lipiodol en fait le diagnostic.

Il importe d'insister sur la possibilité de déceler, grâce au lipiodol, les *dilatations des bronches anatomiques* dont la traduction clinique n'aurait que bien plus tardivement l'allure du syndrome classique.

(A suivre) P. MOZZICONACCI.

CHRONIQUE

A PROPOS DE LA RÉFORME DES ÉTUDES MÉDICALES

Au moment où une commission de réforme des études médicales poursuit ses travaux dans un certain mystère, il est intéressant et certainement utile de mentionner les « *réflexions sur la réforme des études médicales* » que M. Etienne May vient de publier dans la *Semaine des Hôpitaux de Paris* (n° 1, janvier 1943).

« Les études médicales à Paris et je pense, écrit-il, dans toutes les villes de Faculté, souffrent d'un vice fondamental : la dualité entre l'enseignement et les concours hospitaliers d'une part, l'enseignement et les examens de la Faculté d'autre part. »

Il est de notoriété et l'auteur le constate, que « l'étudiant va joyeusement à l'un et se détourne de l'autre ». Comment en effet devant la révélation « du monde passionnant de la clinique » pourrait-il s'intéresser encore à l'histologie du triton, etc. »

M. May ne met pas en cause la haute valeur incontestée de l'enseignement à la Faculté, il remarque cependant que sollicité d'un côté par les études souvent arides que lui dispense la Faculté, d'autre part par l'attrait de l'hôpital et la préparation des concours hospitaliers, l'étudiant est pris rapidement dans l'engrenage du « bachotage ». Celui-ci déjà « grave pour l'internat devient catastrophique lorsqu'il s'étend, comme c'est parfois malheureusement le cas, à la préparation du médicat des hôpitaux ».

Comment remédier à ce regrettable état de choses ? Les constatations de M. May le conduisent à formuler deux principes qui devraient, pense-t-il, guider la réforme :

« 1° Ne pas mélanger l'enseignement scientifique et l'enseignement professionnel des premières années, mais donner à l'étudiant les connaissances scientifiques dont il a besoin avant qu'il aborde l'hôpital.

2° Unifier les programmes de la Faculté et ceux des concours hospitaliers de façon que l'étudiant puisse préparer l'externat et l'internat à la Faculté et non plus seulement par l'entremise des conférenciers. »

M. May défend ensuite l'externat qui, dit-on, serait menacé d'être simplement donné en prime aux étudiants ayant brillé aux examens ou ayant simplement une bonne note de stage. « La principale utilité d'un concours est sa préparation... L'étudiant stimulé par le concours travaille et c'est un fait que les externes dès leur nomination connaissent de façon sérieuse les éléments de la séméiologie. »

Le P. C. N. défunt et le P. C. B., son héritier, sont ensuite l'objet des justes critiques de l'auteur. Il voudrait avec raison voir le P. C. B. comporter un cours complet de « physiologie ». « Nul ne peut contester que la physiologie est la science maîtresse de notre profession... Par une étrange ironie cette science essentielle, fondamentale, est celle qu'on enseigne le moins : elle tient peu de place dans les programmes de la Faculté et elle est tout à fait absente des programmes de nos concours hospitaliers.

On peut arriver interne, on peut même être nommé médecin des hôpitaux sans la moindre connaissance physiologique. Cela a l'air d'une gageure... Les mêmes arguments valent pour l'histologie qui serait enseignée avec grand profit au P. C. B. »

La place nous manque pour suivre l'auteur dans ses très justes considérations. En définitive, il fait la proposition suivante :

« 1° Réserver pour un P. C. B. modifié les sciences de base essentielles au médecin : physiologie, biologie, histologie, physique et chimie réduites aux connaissances qui permettent la compréhension des phénomènes de la vie.

2° Consacrer les deux premières années de médecine à un enseignement purement professionnel et concret : anatomie, séméiologie médicale et chirurgicale, bactériologie et parasitologie. Cet allégement des deux premières années — si chargées aujourd'hui et trop souvent au grand dam de la santé des étudiants — permettrait du même coup un élargissement du stage, trop resserré à l'heure actuelle dans les seuls services de clinique.

3° Organiser à partir de la 3e année un enseignement scientifique basé sur les connaissances acquises au P. C. B. mais orienté cette fois vers les applications médicales : physiologie médicale, anatomie pathologique, physique et chimie physiologiques et pathologiques. A l'inverse de ce qui se passe actuellement, la place principale dans ce programme doit être réservée à la physiologie ; la physique et la chimie, trop développées aujourd'hui pour l'étudiant moyen, devraient être réduites à leurs notions essentielles.

4° Parallélisme entre les programmes de la Faculté et ceux des concours hospitaliers. Dans l'organisation proposée, la Faculté enseigne en première année les matières de l'externat, en seconde année l'anatomie de l'internat, et à partir de la troisième année le programme de l'internat pour la pathologie interne et externe et pour la physiologie.

Une telle réforme, pour être efficace, suppose certaines modifications de nos concours hospitaliers. »

A ce propos, M. May envisage pour l'internat une épreuve de physiologie. En compensation, et pour alléger un programme trop chargé, l'anatomie descriptive devrait disparaître de ce concours. Seule serait conservée l'anatomie viscérale et topographique.

On peut discuter les réflexions de M. May. Elles méritent cependant qu'on s'y arrête. Les réformes qu'il propose sont judicieuses, elles ne diminuent pas, bien au contraire, la position de la Faculté. Elles devraient bien certainement retenir l'attention de la Commission.

M. L. S.

LIVRES NOUVEAUX

Eclats et Reflets, par Raymond BARTHÉLEMY. Un volume in-12 de 64 pages. Edition sur hollande à 100 exemplaires numérotés : 40 francs. Edition ordinaire : 20 francs. Librairie Arnette.

Notre collègue Raymond Barthélemy vient de réunir dans un charmant volume un certain nombre de ses œuvres poétiques. Ces œuvres sont remarquables par leur variété et par leur élégance. On ne sait ce qu'il faut le plus admirer de leur sensibilité ou de leur vigueur. Qu'il pense à ses camarades de l'autre guerre, à sa fille « âgée de six mois », qu'il s'adresse aux étudiants en médecine pour leur donner les conseils de l'aîné, qu'il décrive le fameux squelette de Ligier Richier ou qu'il s'attarde à une rose, M. Barthélemy trouve toujours la note juste. Il y a autant d'art dans l'assemblage de ses pièces que dans chacune de ses délicieuses poésies. N'est-ce pas le propre d'un véritable poète.

F. L. S.

ORDRE DES MEDECINS

Communiqué

L'attention du Conseil départemental de la Seine de l'Ordre des Médecins a été à nouveau attirée par la Préfecture de la Seine sur les conditions dans lesquelles doivent être établis les certificats médicaux pour l'obtention du « supplément de charbon-maladie ».

Nous les reproduisons ci-dessous :

La mention diagnostic n'est pas à figurer.

Le certificat médical doit spécifier : ou bien qu'il s'agit d'une affection « aiguë fébrile d'une durée égale ou inférieure à 8 jours ».

Ou bien qu'il s'agit d'une affection « aiguë fébrile d'une durée supérieure à 8 jours ».

Les médecins sont priés de se conformer à ces instructions.

Il n'est pas prévu d'allocation de charbon pour maladies chroniques.

La Commission de protection des intérêts des médecins prisonniers poursuit ses efforts pour apporter aux confrères retenus en captivité en Allemagne toute l'aide morale et matérielle dont ils peuvent avoir besoin. Elle eût voulu voir se réaliser la relève générale, telle qu'elle avait été envisagée l'an dernier, mais ses espérances ont été déçues. A l'heure actuelle, seule la relève individuelle reste possible dans certaines conditions. Cet état de fait ne dépend ni de la Commission, ni du Service de Santé militaire, ni de l'Administration Centrale. Il n'y a donc qu'à s'adapter à ces circonstances si lourdes et à surmonter le présent tout en préparant l'avenir.

Les élections de l'Ordre des Médecins. — Le décret portant règlement d'administration publique relatif aux élections des membres des Conseils de l'Ordre vient de paraître au *Journal Officiel*. Nous en publierons le texte dès que le *Journal Officiel* nous sera parvenu.

La date des élections sera fixée par le Secrétaire d'Etat à la Santé six semaines au moins avant l'expiration des pouvoirs des membres des Conseils et un mois au moins avant la date des élections.

Mariage

On annonce le mariage du Dr Jean Husset (d'Avallon) avec Mlle Magdeleine Bierry, fille du Professeur Henri Bierry, de Marseille, membre correspondant de l'Académie de Médecine, et de Mme Henri Bierry.

La bénédiction nuptiale leur a été donnée dans la plus stricte intimité le 24 décembre 1942 en l'Eglise Saint-Calixte du Sacré-Cœur de Marseille.

Nécrologie

Le Professeur Hans Fuchs, directeur de la Clinique des femmes de Posen, président du dernier Congrès de la Société allemande de Gynécologie.

— Le Dr A. Thibault, médecin chef contractuel de l'A. E. F., décédé le 3 octobre 1942 à l'hôpital de Bangui (A. E. F.).

— Le Dr Appraillé (à La Rochelle).

— Le Dr André Roume, à Die (Drôme).

— Le Dr Charles Aribaud, à Condrieu.

— Le Dr Jacques Riez, médecin de la Marine, mort pour la France, le 22 novembre 1942, en Indochine.

— Le Dr Pierre Dupas, père des Drs Jean, Lucien et Albert Dupas, décédé à Sin-le-Noble.

INFORMATIONS

(suite de la page 34)

Cours n° 2. — Technique et diagnostic anatomo-pathologiques : du lundi 10 mai au mercredi 2 juin 1943.

Cours n° 3. — Technique et diagnostic anatomo-pathologiques : du lundi 4 octobre au mercredi 27 octobre 1943.

Les séances auront lieu tous les jours de semaine, sauf le samedi, à quatorze heures, au Laboratoire d'anatomie pathologique.

Droits d'inscription : Cours n°s 1 et 4 : quatre cents francs chacun. — Cours n°s 2 et 3 : cinq cents francs chacun.

Les auditeurs peuvent s'inscrire à un ensemble de trois séries comprenant les deux cours n°s 1 et 4 et l'un des deux cours de technique et diagnostic (n°s 2 ou 3). Le droit d'inscription de cet ensemble est fixé à mille francs.

Les inscriptions sont reçues au Secrétariat (guichet n° 4), tous les matins de dix heures à midi et les lundis, mercredis et vendredis, de quatorze à seize heures.

Cours de pathologie médicale. — M. le Dr Coste, agrégé, continuera son cours les mardis, à 18 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté sur le sujet : Les intoxications.

Le cours de pathologie médicale de M. le Dr Cachera, agrégé, recommencera le lundi 18 janvier 1943, à 17 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté. Il continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

Cours complémentaires. — Le Professeur Gastinel et le Dr Henri Bonnet, agrégé, chef des travaux, commenceront le lundi 22 mars 1943, à 14 heures, un cours complémentaire de bactériologie. Le cours qui aura lieu au Laboratoire de bactériologie, continuera les mardis, mercredis et vendredis suivants à la même heure et cessera le 3 juillet.

Chaque séance comprendra un exposé théorique et des manipulations. Les auditeurs seront exercés aux techniques microbiologiques et immunologiques, appliquées au diagnostic des maladies infectieuses de l'homme.

Les droits pour cette série de travaux pratiques sont de sept cents francs.

Le nombre des places étant limité, les élèves sont priés de s'inscrire au Laboratoire de bactériologie, tous les jours, de 15 à 17 heures, avant de retirer leur bulletin de versement.

Ces bulletins sont délivrés au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux, Clinique chirurgicale et gynécologique. — Cours de perfectionnement de gynécologie du Professeur Jeanneney avec la collaboration de MM. les Professeurs Avel (Faculté des Sciences), Dubreuil, Joulia, Papin, Rechou, Rocher, de MM. les Professeurs agrégés Magendie, Rivière et de MM. les Drs I. Bernard, Cator, Glaunes, Hirtz, Liard, Rosset, Servantie.

Pendant les « Journées gynécologiques », qui coïncideront avec ce cours, des exposés spéciaux seront donnés par MM. les Professeurs Courrier (Collège de France), Mocquot, Portes, Desmarest (Paris), Binet (Nancy), Foucault (Poitiers) et MM. les Drs Beauchant (Poitiers), Beclère, Douay, Maurice Fabre, de Fonbrune (Institut Pasteur), Huet, Jayle, Palmer, Pierra, Simonnet, Turpault, Varangot (Paris), etc.

Du jeudi 11 au jeudi 18 mars 1943

Démonstrations et exercices pratiques pour médecins et étudiants. — Matin (9 h. 30 à 12 h.) : Deux leçons cliniques et une leçon de physiologie. Soir (16 h. 30 à 19 h.) : Exercice pratique de thérapeutique (une trousse de gynécologie sera offerte aux auditeurs).

S'inscrire au Secrétariat de la Faculté de Médecine de Bordeaux. Droit d'inscription : 100 francs.

(Un certificat sera délivré aux médecins qui auront suivi les cours et les exercices pratiques.)

Programme du cours :

Jeudi 11 mars : Introduction à la gynécologie ; Introduction à la génétique ; Le clavier endocrinien ; Hypophyse ; Dans quel esprit concevoir la thérapeutique gynécologique ; Examen gynécologique endocrinien.

Vendredi 12 mars : Cycle oestral ; Hormones hypophysaires et ovariennes ; Malformations génitales ; Traitement de la blennorragie ; Conception anatomo-physiologique de l'ovaire féminin.

Samedi 13 mars (matin) : Menstruation et ménopause (conceptions modernes) ; Troubles de la puberté féminine ; Virilisme ; Processus morphogénétique des hormones ovariennes appliquées au tractus génital.

Lundi 15 mars : Fécondation ; Stérilité ; Prurit vulvaire ; Hystéro-salpingographie ; Biopsie cyto-hormonale.

Mardi 16 mars : Métrorragies et carences vitaminiques ; Hormones de la grossesse ; Ménométrorragies ; Orientation moderne de la thérapeutique par les radiations ; Insufflation utéro-tubaire kymographique ; Dosages hormonaux.

Mercredi 17 mars : Opérations ; Chirurgie des endométriomes ; Aménorrhée ; Dysménorrhée ; Physiothérapie gynécologique ; Dosage de vitamines en gynécologie.

Journées gynécologiques de Bordeaux :

(Samedi 13 mars et dimanche 14 mars)

Samedi 13 mars à 15 heures : M. Jayle. Comment doit être comprise la gynécologie ; M. Defonbrune. Présentation de micro-instruments et films ; M. Avel. Déterminisme du sexe ; M. Beauchant. La maladie de Cushing ; MM. Simonnet et Beclère. Valeurs des dosages hormonaux, Dosages hormonaux ; M. Huet. Inclusions hormonales en gynécologie.

Dimanche 14 mars à 8 h. 30 : M. Ringenbach. Visite du Centre de transfusion sanguine ; M. Maurice Fabre. Blennorragie haute et stérilité ; M. Binet. Quelques malformations sexuelles ; M. Mocquot. Travaux en cours ; M. Portes. La folliculine a-t-elle ou non des propriétés abortives ? ; M. Turpault. Hormone mâle ; M. Varangot. L'assimilation de la folliculine par voie perlinguale ; M. Douay. Greffes ovariennes ; M. Courrier. Exposé de recherches en cours ; M. Desmarest. Valeur de l'hormone mâle en gynécologie ; M. Palmer. Signification comparée des critères de perméabilité normale en lipiodol et insufflation ; M. Pierra. pH vaginal et cervical, son rôle en gynécologie.

MM. les Médecins s'intéressant aux questions de gynécologie sont cordialement invités à assister à ces Journées.

Association corporative des étudiants en Médecine de Paris. — Le Comité de la « Corpo » annonce que plusieurs conférences auront lieu cet hiver au siège de l'Association corporative, 8, rue Dante, Paris (5e) (Métro : Maubert ou Odéon).

Les sujets traités par les divers conférenciers seront d'ordre professionnel et d'actualité ; ils seront ultérieurement annoncés avec la date et l'horaire. Rien de ce qui intéresse la jeunesse médicale ne sera laissé dans l'ombre.

Correspondance

Le Dr Marcel Bilhaud, 63, boulevard Magenta, à Paris, nous prie de faire connaître qu'il n'a rien de commun avec le Dr Bilhaut, récemment condamné par la 10e Chambre correctionnelle pour manœuvres abortives.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.
Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (Autorisation n° 83)

N° 4. — 10 FEVRIER 1943 116e ANNEE Ce numéro : 2 francs.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENTS : Un an : France et Colonies, 75 fr. Etudiants, 40 fr. ; Etranger : 1re zone, 110 fr., 2e zone, 125 fr. Chèques postaux : Paris 2538-76

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

POUR NOS ABONNÉS DE LA ZONE NON OCCUPÉE, adresser renouvellements et toutes communications aux Messageries Hachette, 12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône) Chèques postaux : Lyon 218 (Service Gazette des Hôpitaux)

Bi-hebdomadaire paraissant provisoirement deux fois par mois

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris

Concours de médecin des hôpitaux. — Concours pour seize places de sous-admissibles. — Jury : MM. Janet, Chevallier, Jacob, Paisseau, Nicaud, Lian, Abrami, Clément, Heuyer, Hillemand, Rouquès, May, H. Bénard, Célice, Donzelot, Lenègre, Huber, Laederich, Touraine, Marchal, Mme Bertrand-Fontaine, MM. de Sèze, Troisier, Binet.

Séance du 9 février 1943. — Question sortie : Poliomyélite antérieure aiguë. Maladie de Heine-Medin.

Questions restées dans l'urne : Endocardite maligne, à évolution lente. Maladie d'Osler. — Formes cliniques et traitement du myxœdème.

Concours d'assistant en médecine. — Consultation écrite. — Séance du 23 janvier 1943. — MM. Mande, 15 ; Trotot, 17 ; Claisse, 17 ; Herrenschmidt, 17 ; Guillemin, 16.

Séance du 24 janvier 1943. — MM. Lacorne, 16 ; Hanaut, 19 ; Lamotte, 18 ; Eck, 15 ; Cler, 16.

Classement des candidats par ordre de mérite. — MM. les Drs Grossiord, 39 ; Chassagne, 38 ; Lamotte, 38 ; Fauvet, 37 ; Pecher, 37 ; Mozziconacci, 37 ; Hanaut, 36 ; Perrot, 36 ; Arnous, 36 ; Tardieu, 36 ; Brissaud, 36 ; Grenet, 35 ; Gerbeaux, 35 ; Boulenger, 35 ; Claisse, 35 ; Droguet, 35 ; Pautrat, 34 ; Rogé, 34 ; Trotot, 34 ; Bouvier, 34 ; Plas, 34 ; Combes-Hamelle, 34 ; Ordonneau, 34 ; Lecœur, 34 ; Herrenschmidt, 33 ; Teyssier, 33 ; Lepintre, 33 ; Di Mattéo, 33 ; Jacquot, 33 ; Eck, 32 ; Nouaille, 32 ; Dupuy, 32 ; Ledoux-Lebard, 32 ; Mande, 32 ; Raynaud, 32 ; Basset, 32 ; Cler, 32 ; Blanchard, 32 ; Guillemin, 32 ; Mlle Lotte, 32.

Assistants en Médecine. — M. le Dr Macrez (Claude), candidat en 1939 au concours de médecin des hôpitaux, actuellement en captivité, est nommé assistant en médecine des hôpitaux et placé en tête de la liste d'ancienneté des assistants.

Concours de la médaille d'or (Médecine). — MM. Wolfromm, 69 ; Lœper, 68 ; Guiot, 65.

Le concours s'est terminé par l'attribution de la médaille d'or à M. Wolfromm ; de la médaille d'argent à M. Jacques Lœper ; de l'accessit à M. Guiot.

Concours de l'Internat en Médecine de 1942 (épreuves orales). — Séance du 2 février 1943. — MM. Dubois (Jacques), 21 ; Galey (Jean), 22 ; Poujol (Jean), 14 ; Mlle Noufflard (Henriette), 24 ; De Fourmestraux, 20 ; Barbet (Eugène), 20 ; Chevillotte, 20 ; Gaulard, 23 ; Spriet, 22 ; Sarrazin, 25.

Questions sorties : Diagnostic des hématémèses : Symptômes et diagnostic de l'épididymite tuberculeuse.

Séance du 3 février 1943. — MM. Bénézech, 15 ; Forgeois, 17 ; Cœuillez, 21 ; Lallemant (Yves), 21 ; Laham (Jean), 12 ; Canlorbe, 19 ; Mlle Quéret, 17,5 ; Lemoine, 14 ; Denisart, 23,5 ; Morer, 16.

Questions sorties : Angine de Vincent ; Symptômes et diagnostic des invaginations intestinales.

Séance du 4 février 1943 (épreuves orales). — MM. Rainaut, 14,5 ; Périer, 22 ; de Barrigue de Montvallon, 15 ; Fourdinier, 13 ; de Person, 16 ; Poulain (Jacques), 25 ; Hartmann (Jean), 20 ; Mlle Bourgeois, 22 ; Boëffard, 12 ; Gueniot, 20.

Questions sorties : Symptômes, évolution et diagnostic de l'ictère catharrhal. Symptômes et diagnostic du Mal de Pott sous-occipital.

Séance du 8 février 1943 (épreuves orales). — Mlle Bory, 13 ; MM. Couade, 21 ; Couder, 20 ; Decroix, 19 ; Rathery, 19 ; Delouche, 15 ; Renaud (Claude), 22 ; Nalpas, 20 ; Boudot, 20 ; Ramadier, 21.

Questions sorties : Symptômes et diagnostic des hémorragies méningées non traumatiques. Symptômes et diagnostic des fractures bi-malléolaires.

Concours du Prix Fillioux. — Liste du Jury : Oto-rhino-laryngologistes : MM. les Drs Huet, Ramadier, Leroux (Robert) ; Médecin : M. le Dr Loeper ; Chirurgien : M. le Dr Lenormant.

Un concours pour une place de pharmacien des hôpitaux s'ouvrira le lundi 1er mars 1943. Inscriptions au bureau du Service de Santé de l'Administration, 3, avenue Victoria, du lundi 8 février au jeudi 18 février 1943 inclusivement, de 14 à 17 heures (samedis, dimanches et fêtes exceptés).

Hôpitaux de Province

Belfort. — Le concours pour la nomination à une place d'**ophtalmologiste** de l'Hôpital civil de Belfort s'est terminé par la nomination de M. Bourquard.

— Le concours pour la nomination à une place d'**oto-rhino-laryngologiste** de l'Hôpital civil de Belfort s'est terminé par la nomination de M. Butzbach.

Faculté de Paris

M. Lian, agrégé près la Faculté de Médecine de l'Université de Paris, est nommé, à titre provisoire, à dater du 1er janvier 1943, professeur de la chaire d'histoire de la médecine à cette même faculté, en remplacement de M. Lévy-Valensi, transféré dans une autre chaire.

M. Fey, agrégé, a été délégué dans les fonctions d'agrégé chargé de l'enseignement de l'urologie en remplacement de M. Chevassu, en congé.

Leçon inaugurale. — M. le Professeur Petit-Dutaillis fera sa leçon inaugurale le lundi 15 mars 1943, à 18 heures, au grand amphithéâtre.

Facultés de Province

Bordeaux. — M. Fontan, agrégé, a été chargé de la direction des Services de l'ancienne chaire de clinique médicale des maladies des enfants.

Lille. — La chaire de pathologie externe et d'oto-rhino-laryngologie est transformée en chaire de pathologie chirurgicale et de clinique oto-rhino-laryngologique. Cette chaire est déclarée vacante.

Lyon. — M. Lépine, doyen de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de l'Université de Lyon et professeur à cette faculté, est placé dans la position prévue par l'article 1er de la loi du 17 juillet 1940.

M. Lépine bénéficiera dans cette position des dispositions de l'article 2 de ladite loi.

Nancy. — M. Barthélemy, professeur de pathologie chirurgicale est nommé professeur de clinique chirurgicale (transformation de chaire).

Ecoles de Médecine

Dijon. — M. Olivier, professeur suppléant, est chargé d'enseignement de la clinique médicale en remplacement de M. Petitjean, en congé.

Reims. — M. Lardennois, professeur suppléant, est nommé professeur titulaire de la chaire de pathologie chirurgicale.

Rennes. — M. Leroy, professeur, est chargé de l'enseignement de l'hygiène générale.

M. Lamache, professeur, est chargé d'enseignement de la pharmacologie.

M. Lefeuvre est nommé professeur honoraire.

Légion d'honneur. (GUERRE). — *Officier.* — Médecin-commandant Saint-Paul (Croix de guerre avec palme).

Médaille d'honneur du Service de Santé (GUERRE). — *Médaille d'argent.* — M. Brandon, médecin-lieutenant de réserve, région de Paris.

Santé publique

Ordre de la Santé publique. — *Chevaliers :* Le Dr Beaufils, au Creusot ; Mme le Dr Frances, née Bragayrac, médecin-chef à l'Hôpital psychiatrique de Dury-les-Amiens ; le Dr Jean Paris, à Troyes ; le Dr Rousselin, au Creusot.

Conseil supérieur de l'Assistance de France. — Sont nommés vice-présidents du Conseil supérieur de l'Assistance de France :

M. Cholet, président de la Fédération hospitalière de France.

M. Imbert, directeur honoraire au Ministère de l'Intérieur et maire du 7e arrondissement.

Sont nommés membres du Conseil supérieur de l'Assistance de France :

A. — Au titre de membre de droit

MM. les Drs Blanquis et Clavelin, en qualité de directeurs régionaux de la Santé et de l'Assistance.

M. le Dr Nedelec, représentant du Conseil supérieur de l'Ordre des Médecins.

M. Comar, représentant du Conseil supérieur de la pharmacie.

M. le Dr Jules Renault, membre du Conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières et d'assistantes du service social.

B. — Au titre de représentants des corps et conseils dont ils font partie

MM. Bigot et Maspetiol, maître des requêtes au Conseil d'Etat, désignés par ledit Conseil.

M. Rauzy, en qualité d'inspecteur général de la Santé et de l'Assistance.

Commission permanente des stations hydrominérales et climatiques. — On été nommés membres de cette commission :

M. Loeper, membre de l'Académie de Médecine ; M. Dequidt, inspecteur général des Services administratifs ; MM. les Drs Macé de Lepinay, Sérane (Paris) ; Merklen, professeur (Nancy) ; Jacques Forestier, Roubeau, P. Aris (Pau) ; MM. les Professeurs Harvier, Santenoise, Drs Jules Renault, Chabrol (Paris) ; M. Dufourt (Vichy) ; Professeur Fabre (Paris) ; M. Ferreyrolles (La Bourboule), Mothe, Richard (Royat).

M. Pierre Urbain, chef de travaux à l'Institut d'Hydrologie et de Climatologie, est nommé secrétaire de la commission.

Cette commission s'est réunie pour la première fois le 28 janvier 1943.

Conseil permanent d'hygiène sociale. — Un décret (n° 3632, en date du 30 décembre 1942, *J. O.* du 24 janvier 1943) institue un Conseil permanent d'hygiène sociale qui groupera les six commissions suivantes : 1° Maternité et Enfance ; 2° Tuberculose ; 3° Maladies vénériennes ; 4° Cancer ; 5° Alcoolisme, Toxicomanie, Hygiène mentale ; 6° Education sanitaire.

Le Conseil est chargé d'étudier les moyens de lutter contre les fléaux sociaux, il est consulté dans tous les cas où la législation antérieure prévoyait l'avis d'un conseil ou d'une commission.

Le Conseil comprendra des membres appartenant à l'Administration, aux Conseils supérieurs, ressortissant de la Santé publique, à l'Académie de Médecine, etc., et soixante-cinq membres qui seront désignés parmi les personnalités présentant une compétence particulière en matière d'hygiène sociale.

Les membres du Conseil seront désignés pour trois ans et leur mandat sera renouvelable.

Médecins inspecteurs adjoints de la Santé. — Sont inscrits sur la liste d'aptitude aux fonctions de médecin adjoint de la Santé, à la suite du concours du 9 novembre 1942, MM. les Drs Grill, Bellec et Gueunier.

Académie de Médecine. — Par arrêté en date du 15 décembre 1942, une subvention de 300.000 francs est accordée sur le chapitre 89 bis nouveau du budget du secrétariat d'Etat à la Santé pour l'exercice 1942, à l'Académie de Médecine, pour lui permettre d'équiper son laboratoire de contrôle des médicaments antivénériens, en vue de procéder à l'examen des spécialités pharmaceutiques.

Le centenaire de l'Académie de Chirurgie. — Le 23 août 1843, la Société de Chirurgie tenait sa première séance à l'Hôtel de Ville de Paris. Elle réunissait dix-sept membres fondateurs. Tous étaient jeunes. Ils avaient à leur tête Auguste Bérard, qui, à l'âge de 40 ans, était professeur de clinique chirurgicale et membre de l'Académie de Médecine.

Il est inutile de rappeler le rôle éminent que la Société a joué pendant le XIXe siècle lors de l'avènement de la chirurgie moderne.

A côté de l'Académie de Médecine, descendante de la Société de Santé, puis de la Société de Médecine, la Société de Chirurgie reprenait les grandes traditions de l'ancienne Académie de Chirurgie supprimée par la Convention.

En 1936, la Société Nationale de Chirurgie était autorisée à prendre le nom d'Académie de Chirurgie. Une séance solennelle eut lieu à cette occasion à la Sorbonne. M. Fredet, président de la Compagnie, rappela les travaux de ses collègues. M. Louis Bazy, secrétaire général, fit un admirable exposé historique que personne n'a oublié (Voir *Gaz. Hôp.*, 1936, n° 12, p. 193).

Nous ne savons dans quelles conditions l'œuvre immense de l'Académie de Chirurgie pourra être commémorée. Il est à craindre, toutefois, que dans les circonstances actuelles ce centenaire ne puisse être célébré avec tout l'éclat qu'il mérite.

Le Centre de Documentation et de Recherches pour les Sciences Médicales Exotiques (Société de Pathologie Exotique) dont le siège est à l'Institut Pasteur, 25, rue du Docteur-Roux, à Paris, en accord avec le Service de Documentation du Centre National de la Recherche Scientifique, est en mesure de procurer aux travailleurs qui en feraient la demande, des photographies et des microfilms reproduisant des pages de mémoires ou d'articles de périodiques, relatifs à la médecine exotique, et particulièrement de ceux qui sont signalés à la rubrique « Sommaires des Périodiques des Sciences Médicales Exotiques » publiés dans les Bulletins de la Société de Pathologie Exotique.

Le Centre de Documentation tient à la disposition des personnes qualifiées des appareils de lecture pour microfilms.

Les demandes de microfilms ou de photographies doivent être adressées à M. le Secrétaire général de la Société de Pathologie Exotique, à l'Institut Pasteur, 25, rue du Docteur-Roux, à Paris (15e).

Nécrologie

Nous avons appris avec une douloureuse émotion la mort de M. le Professeur Emile Forgue (de Montpellier), décédé dans son domaine de Mirepoix (Ariège) à l'âge de 83 ans.

M. Forgue était professeur honoraire de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Montpellier, membre de l'Académie de Chirurgie, associé national de l'Académie de Médecine, correspondant de l'Institut. Il était commandeur de la Légion d'honneur. Dans un prochain numéro nous nous efforcerons de retracer l'œuvre si considérable de ce maître vénéré.

— Le Professeur Sabrazès, professeur honoraire à la Faculté de Médecine de Bordeaux, associé national de l'Académie de Médecine, correspondant de l'Institut, officier de la Légion d'honneur.

— Le Dr Milhit, médecin de l'hôpital Bretonneau, officier de la Légion d'honneur, décédé subitement à Paris.

— Le Dr Gautier (Jean-François), ancien interne des Hôpitaux de Paris (1924), chirurgien de l'Hôpital d'Angers, membre correspondant de l'Académie de Chirurgie.

— Le Dr Danjean, médecin-chef honoraire des hôpitaux psychiatriques, décédé à Aix-en-Provence.

— Le Dr Paul Fargin-Fayolle, stomatologiste honoraire des Hôpitaux de Paris.

— Le Dr Serge Roidot, à Rang-du-Fliers (Pas-de-Calais).

— Le Dr Antony Lathuraz-Viollet, à Cons-Sainte-Colombe (Haute-Savoie).

— Le Dr Moreau-Marmont, à Paris.

— Mlle Edith Boegner de Pressensé, docteur en Médecine, ancien interne des hôpitaux, ancien chef de clinique à la Faculté, médecin assistant à l'Hôpital Trousseau, décédée le 25 janvier 1943 à l'âge de 46 ans.

— M. Léon Kaplev, étudiant en Médecine, décédé accidentellement, frère du Dr Kaplev, de Saillagousse (Pyrénées-Orientales).

— Le Dr Henri Verliac, ancien interne des Hôpitaux de Paris (1902), ancien chef de laboratoire à la Faculté de Paris, décédé à Ajat (Dordogne).

— Dr Carron de la Carrière, à Domagné (Ille-et-Vilaine).

Voir la suite des Informations page 61





AFFECTIONS SAISONNIÈRES DES VOIES RESPIRATOIRES SUPERIEURES
CORYZA
RHUME DES FOINS
TRACHÉO-BRONCHITE
cèdent rapidement grâce à la
SYNERGIE MÉDICAMENTEUSE
ANTIDYSPNÉIQUE & DÉCONGESTIVE
réalisée par la
CORYPHÉDRINE
ASPIRINE + SANÉDRINE
Acide acétylsalicylique
Chlorydrate d'Éphédrine lévogyre
SOUS FORME DE COMPRIMÉS RENFERMANT
ASPIRINE : 0.GR.50
SANÉDRINE : 0.GR.015
Tube de 20 comprimés
1 à 4 comprimés par 24 heures en prises espacées
SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPECIA
MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHÔNE
21, Rue Jean Goujon · PARIS



BOLDINE HOUDÉ
GRANULES TITRÉS A 1 milligramme — 3 à 6 par jour
ICTÈRE - LITHIASE BILIAIRE
CONGESTION DU FOIE
COLIQUES HÉPATIQUES
HYPERTROPHIE DU FOIE
INSUFFISANCE HÉPATIQUE
Laboratoires HOUDÉ, 9, rue Dieu, PARIS
FOIE
BOLDINE HOUDÉ

URTICAIRE ET FOIE

Par MM. Loeper et P. Renault

Il est assez fréquent d'observer la coexistence d'urticaire ou de dermatoses voisines avec des affections hépatiques.

Les rapports de ces deux ordres d'affections et les déductions qu'on en peut tirer ont été particulièrement étudiés pendant ces dernières années, mais les premières observations en sont déjà lointaines, et déjà Graves, en 1848, attirait l'attention sur ce point à propos d'une hépatite avec urticaire.

C'est en effet au cours de l'hépatite aiguë que l'urticaire a été signalée le plus souvent. Les conditions d'apparition en sont assez variables : parfois un même facteur semble déclencher le début des deux affections. Ce peut être un aliment : chair de poisson (Ferrabouc), moules, « marmite américaine » (Marcou-Mutzner) ; plus rarement un toxique : un abus d'alcool (Marcou) a pu être incriminé, d'autres fois la quinine (Frerichs). L'injection de sérum thérapeutique est à signaler tout spécialement : l'observation princeps de Flandin signale, après une réinjection de sérum, l'apparition d'une urticaire autour du point d'injection, qui rétrocède au bout de quelques heures, mais laisse un état fébrile léger après quoi, en cinq jours, apparaît une urticaire généralisée, puis un ictère grave qui évolue en vingt jours environ.

Une autre observation de Oudart signale, dans les mêmes conditions, une urticaire suivie d'un ictère qui guérit en huit jours.

Parfois aucune cause immédiate ne peut être incriminée, telle l'observation de Ravina : une petite fille fait inopinément une urticaire généralisée avec rétinite et bronchite. Le foie est gros, un ictère apparaît ensuite.

Dans ces différents cas, l'urticaire précède l'ictère, mais il peut aussi survenir dans le cours d'un ictère catarrhal en évolution, voire même à son décours.

D'autres dermatoses peuvent d'ailleurs être observées dans les mêmes conditions. Ce sont des équivalents de l'urticaire : tel un purpura dans une observation de Caroli, où un ictère survient douze jours après une injection de 10 cm³ de sérum antitétanique. Huit jours après apparaît un purpura généralisé avec gingivorragies et diarrhée sanglante. L'accentuation des hémorragies justifie une intervention : le drainage vésiculaire, qui fait disparaître ictère et purpura. Dans une observation de Carnot, c'est un rash scarlatiniforme au 20e jour d'un ictère.

D'autres symptômes peuvent se joindre à cette association, telles des crises migraineuses, des arthralgies dont on a signalé plusieurs cas.

On a pu étudier les altérations du parenchyme hépatique dans quelques observations répondant à ce tableau clinique, mais les constatations sont très différentes suivant les cas : dans l'observation de Caroli, déjà citée, on trouvait une distension des espaces intertrabéculaires avec décollement des cellules de Kuppfer et surtout une nécrose cellulaire centro-lobulaire. A l'opposé, dans un de nos cas, opéré par Bergeret, éruption maculeuse prurigineuse ayant précédé un ictère chronique qui nécessita une cholécystectomie au 30e jour ; le prélèvement hépatique montra une infiltration inflammatoire périportale avec sclérose jeune sans altération des éléments des espaces portes et surtout sans altérations cellulaires au centre et à la périphérie du lobule. La *lymphangite périportale* s'oppose à la nécrose centro-lobulaire.

Quoi qu'il en soit, cette association morbide pose de nombreux problèmes : on admet généralement que l'urticaire est l'une des plus typiques des dermatoses de sensibilisation. L'ictère, qui survient en même temps qu'elle et dans les mêmes conditions, peut-il relever d'un mécanisme analogue ?

Caroli, dans son observation, a montré qu'il s'agissait bien d'un ictère anaphylactique : les circonstances d'apparition, après réinjection sérique ; l'association ictère-urticaire ; les analogies des lésions hépatiques avec celles que détermine chez l'animal le choc anaphylactique : gonflement muqueux, chondriolyse périportale, œdème du tissu interstitiel, nécrose cellulaire centro-lobulaire. Enfin les perturbations fonctionnelles observées : albuminocholie, chlorocholie, au cours de la débâcle biliaire amenant la guérison, qui seraient les témoins de la fonte d'œdèmes interstitiels hépatiques.

Mais cette hypothèse pathogénique ne peut être admise dans tous les cas : il n'est pas fréquent de se trouver dans les conditions quasi expérimentales d'une réinjection sérique ; d'autre part, nous l'avons vu, les lésions histologiques peuvent être différentes.

Du reste, même dans les cas où l'on admet ce mécanisme, on peut penser qu'un *intermédiaire chimique* est nécessaire, nous y reviendrons.

Dans d'autres cas, bien plus rares il est vrai, la sensibilisation ne peut être admise, il s'agit d'intoxication vraie : sans insister sur les cas dus à l'alcool ou à la quinine, discutables, rappelons une observation de d'Astros, qui a plus de valeur : dans une première maison, huit personnes successivement, en l'espace de deux mois, furent atteintes d'urticaire et d'ictère, isolés ou associés ; dans une deuxième maison, trois personnes eurent, dans les mêmes conditions et à la même époque, des accidents analogues. Cette succession morbide ne prouve-t-elle pas un processus étiologique commun, d'ordre toxi-infectieux vraisemblablement ?

Mais le plus souvent, ictère et urticaire paraissent bien d'origine digestive et alimentaire, la sensibilisation est évidente. Pourquoi certains individus réagissent-ils de cette manière à des aliments habituellement bien supportés ? On peut penser que chez eux passent directement dans le milieu humoral des substances normalement retenues par le tube digestif. On a invoqué la cause prédisposante d'une gastrite atrophique (thèse de Boghratz), d'une altération fonctionnelle du foie, tout au moins pour les cas où l'urticaire survient au cours d'un ictère déjà constitué. Enfin une hypothèse plus vaste permet de relier ces différents faits : nous avons évoqué plus haut, à propos de l'ictère anaphylactique, la notion d'intermédiaire chimique : il s'agit de l'*histamine* et des corps aminés, de l'allylamine peut-être qui joue un rôle important dans les expériences de Eppinger. On connaît la grande analogie, sinon l'identité des manifestations de l'anaphylaxie et du choc histaminique. Les corps histaminiques, libérés dans les tissus, dans l'intestin ou au niveau du foie (ictère alimentaire) sont au moins en partie éliminés par la bile, ainsi qu'en témoignent les dosages des Japonais et les nôtres. On peut penser qu'un foie altéré facilite ou détermine une *rétention histaminique* dont les effets se font sentir localement et à distance. La bile contient de l'histamine et la rétention de l'histamine a pu être observée au cours de la crise dans quelques-uns de nos dosages d'urticariens et de migraineux, avec, comme contre-partie, une élimination plus importante à la guérison.

Quoi qu'il en soit, l'apparition d'une urticaire ou de réactions d'ordre anaphylactique au cours d'une affection hépatique a sur le foie malade une action frappante et parfois fort dangereuse. Deux de nos observations en témoignent :

Dans la première, une femme de 35 ans, atteinte de cirrhose éthylique bien compensée, reçoit une injection de sérum antitétanique. Aucun accident sérique ne se produit, mais huit jours après un ictère s'installa, puis une ascite. La fièvre apparaît, l'amaigrissement progresse en catastrophe et la mort survient en un mois.

Dans la deuxième, un homme atteint de cirrhose hépatique avec mélanodermie fait inopinément un érythème, certes peu urticarien, mais étendu avec arthralgies et fièvre modérée. L'ensemble persiste pendant dix jours, s'accompagne d'un amaigrissement net, surtout d'une ascite qui apparaît à ce moment pour la première fois. La poussée terminée, tout rentre dans l'ordre, l'ascite persiste, moins abondante, mais d'autres poussées surviennent ensuite et plusieurs réactions cutanées sont suivies d'une poussée ascitique.

Ces deux cas sont suggestifs et évoquent un pronostic sévère.

Quant au traitement, il doit être adapté à chaque cas. Dans les cas sévères signalés, on a recours au drainage biliaire, par cholécystostomie dans le cas de Caroli et dans le nôtre ; par tubage duodénal dans un cas de Carnot avec de bons résultats. D'autres méthodes pourront peut-être être essayées, tel le traitement par les corps antihistaminiques. Mais l'essai que nous venons d'en faire n'est pas encore probant. Il faut toujours se rappeler en tous cas que nombre de cas guérissent spontanément, mais que d'autres évoluent mal quand le foie est préalablement touché.

M. Loeper et R. Lesobre. L'urticaire alimentaire. *Concours Médical*, n° 23, 5 juin 1938, p. 1589.

Y A-T-IL UN PNEUMOPÉRITOINE SPONTANÉ ?

par M. Raymond Dieulafé

Chargé de cours à la Faculté de Toulouse

Il faut tout d'abord s'entendre sur la valeur donnée ici au mot *spontané*. Sans doute lorsqu'un sujet présente une perforation digestive, des signes cliniques ou radiologiques de grande valeur sont ceux qui mettent en évidence la présence d'air libre dans la cavité péritonéale, qui est nommée pneumopéritoine. Donc toute perforation digestive entraîne un pneumopéritoine spontané puisqu'il n'y a pas eu d'élément extérieur venu le provoquer. Mais ce n'est pas ainsi que l'on entend le terme de pneumopéritoine spontané.

Dans l'esprit des auteurs qui en ont publié des cas, il s'agit de pneumopéritoines dans lesquels la lésion causale n'apparaît pas. Toutefois si on lit les observations on s'aperçoit qu'il y en a beaucoup où la cause a fini par être mise en évidence ; ce ne sont donc qu'en apparence des pneumopéritoines spontanés ; si bien que les observations publiées sous ce nom comportent au point de vue étiologique et anatomo-pathologique des cas fort dissemblables :

D'une part ceux où la lésion précise, ou une maladie digestive en évolution est trouvée.

D'autre part ceux où aucune espèce d'atteinte viscérale ou pariétale, ou aucun antécédent ne peut être mis en évidence. Seuls ces derniers doivent être retenus comme *pouvant être spontanés*.

Si l'on fait ainsi une discrimination serrée des cas, il en reste en réalité un très petit nombre à examiner.

De la cinquantaine d'observations rapportées sous le nom de pneumopéritoine spontané ou un terme synonyme, nous avons dû éliminer des cas où on a trouvé à l'examen attentif clinique, radiologique ou opératoire ou à l'autopsie : soit des lésions du tube digestif : ulcus gastrique en évolution ou déjà traité par suture ou par gastro-entérostomie ; appendicite (c'est à la suite d'un pyopneumopéritoine d'origine appendiculaire que nous avons été amenés à nous poser la question qui fait l'objet de cette étude) ; tumeurs du côlon,, volvulus du côlon, diverticule du côlon ; contusion abdominale ; typhoïde ; dysenterie ; tuberculose entéro-péritonéale. Soit des lésions intra-abdominales : pancréatite hémorragique ; cancer de l'utérus. Soit des lésions des parois de l'abdomen : perforation du diaphragme associé à une perforation du poumon ; plaie de la paroi. Nous ne retenons pas non plus le pneumopéritoine post-opératoire. Il peut s'agir d'intervention au voisinage du péritoine et n'ayant intéressé celui-ci qu'accidentellement (prostatectomie, uretéro-lithotomie extra-péritonéale). Dans ce cas la blessure péritonéale a été minime et a déterminé une perforation à clapet qui laisse pénétrer l'air, mais en empêche la sortie ; ou bien le plus souvent le pneumopéritoine post-opératoire succède à une intervention abdominale intrapéritonéale ; il s'explique par une perforation minuscule de l'intestin, par une érosion de la séreuse intestinale, par une altération telle de celle-ci qu'elle laisse passer le gaz ; ou encore c'est par un hiatus pariétal que passerait l'air (interstice de la suture, drainage faisant clapet) ; d'autres hiatus ont été incriminés siégeant au niveau de l'appareil génital féminin : orifice de colpotomie ou de simple ponction du Douglas, orifice cervical après hystérectomie subtotale, perforation utérine.

Ayant éliminé toutes ces observations, il ne nous reste ainsi que des cas où aucune des causes n'a pu être mise en évidence et dont la pathogénie reste inconnue. Ce sont les observations suivantes :

1°) Michadja (*Zentr. f. chir.* 1927). Homme de 32 ans. Douleurs abdominales avec météorisme. Diagnostic : iléus. A l'opération, sortie d'une quantité énorme de gaz inodore ; on note une congestion de l'appendice. Appendicectomie.

On peut se demander ce que l'auteur entend par congestion de l'appendice. Il semble qu'il s'agissait au plus d'une atteinte légère de l'appendice et on conçoit difficilement que sa paroi ait laissé passer des gaz. L'auteur pense qu'il s'agit d'une inflammation de la séreuse par des germes particuliers dégageant des gaz comme les anaérobies, mais sans odeur.

2°) Spangerbert-Munist (*Arch. Argent. Enfern.* n° 3, 1928). Homme de 35 ans. Entérite grave quelques jours avant. Ballonnement abdominal avec état général grave. La ponction au trocart donne issue à du gaz sous tension. Résultat inconnu.

Il s'agit d'une observation très incomplète et ses lacunes contiennent peut-être l'explication. Elle mérite à peine d'être retenue.

3°) Kudrnac (*Zentr. f. chir.*, n° 5, 1930). Jeune homme de 18 ans. Depuis trois semaines douleurs abdominales avec ballonnement progressif. A l'opération on trouve des gaz libres dans l'abdomen avec une petite quantité de liquide dans le petit bassin. Appendice normal. (Appendicectomie). Guérison.

Il n'y a pas les lésions habituelles de péritonite : hypérémie, exsudat.

Il s'agit donc d'un pneumopéritoine de cause inconnue avec une évolution progressive qui en fait une forme subaiguë.

4°) Monod et Hollandier (*Soc. chir.*, 15 juin 1932). Homme de 35 ans. Douleurs à l'épaule gauche puis épigastrique. Abdomen ballonné et douloureux dans toute son étendue. Cet état dure quatre jours puis augmentation brusque et considérable du ballonnement. Laparotomie : gaz sous forte pression inodore ; pas le moindre exsudat. Fermeture sans drainage. Guérison.

Il s'agit encore d'un pneumopéritoine de cause inconnue et d'évolution progressive. Mais d'Allaines, rapporteur de cette observation à l'Académie de Chirurgie, fait remarquer que la douleur à l'épaule gauche qui a précédé le ballonnement rappelle bien la douleur de perforation gastrique.

5°) Sireteanu (*Clujul médical*, t. XIV, juin 1933). Jeune fille de 16 ans. Violentes douleurs en coup de poignard dans hypochondre gauche. Sédation. Ballonnement et douleurs persistent modérés. Radiographie, quinze jours après, montre une collection gazeuse surtout marquée à droite. Pas d'intervention, disparition progressive des troubles.

L'auteur ne sait à quelle cause attribuer ce pneumopéritoine. L'examen radiologique du tube digestif a été pratiqué et ne décèle rien.

6°) Chalochet (*Picardie Médicale*, juin 1934). Femme de 32 ans. Au moment des règles présente un ballonnement abdominal très accentué avec crises douloureuses. Radiologie : vastes images aériques sous-diaphragmatiques. Cet état dura un an puis disparut un jour subitement.

L'auteur pense que l'air passe par les trompes grâce à un antipéristaltisme tubaire. Cette explication mérite d'être retenue, elle peut s'appliquer peut-être au cas précédent (Sireteanu). Elle ne saurait s'appliquer aux quatre autres cas observés chez des hommes.

Comment peut-on expliquer les pneumopéritoines de cause inconnue ? Quelques points saillants et communs de ces observations méritent d'être soul[illegible]nés :

1°) *Le gaz est sous tension :* Sur ce point a insisté Kourias qui a fait l'étude de l'affection dite « pneumopéritoine sous tension » (*Revue de Chirurgie*, février 1936). Celle-ci se traduit par le ballonnement très marqué de l'abdomen, par les douleurs diffuses et peut-être aussi par les douleurs à l'épaule, signe que l'on attribue dans l'inondation péritonéale à l'irritation de la coupole diaphragmatique, explication qui paraît applicable ici. Cette hyperpression nécessite pour s'établir des conditions mécaniques particulières, il faut que l'orifice qui met en communication le péritoine avec l'extérieur ou avec le tube digestif ne puisse fonctionner que dans un seul sens, autrement dit qu'il y ait un système de clapet. Il est facile d'imaginer sa réalisation par une membrane péritonéale ou un trajet en oblique dans l'épaisseur de la paroi intestinale. De plus la respiration produit à chaque mouvement d'expiration une chute de pression intraabdominale qui fait ainsi un appel de gaz.

2°) *Le gaz est inodore :* Ceci crée une difficulté d'interprétation importante. S'il s'agit d'air venu de l'extérieur ou de l'estomac comme certaines analyses de gaz semblent le montrer (observation de Urban, Montmolin, Makkas) il est normal qu'il soit inodore, mais on doit éliminer la perforation intestinale comme cause. Comme le plus souvent l'analyse chimique du gaz n'a pu être faite, on n'a pas la preuve qu'il s'agit d'air. S'il s'agit de gaz intestinaux, on est quelque peu surpris qu'ils soient inodores. En réalité la fétidité des gaz intestinaux paraît très variable suivant le régime alimentaire. Il est possible que les cas observés se soient justement trouvés chez des sujets à fermentation intestinale inodore. Peut-être se produit-il une modification chimique intrapéritonéale par absorption qui désodoriserait les gaz (?).

3°) *Le syndrome infectieux est réduit au minimum* ou n'existe pas tant au point de vue général que local. Il n'y a que rarement des signes de péritonite : rougeur du péritoine et des anses, exsudat, amas fibrineux. Ceci vient à l'encontre de l'interprétation de Lieblein, de Michadja, de Freund, d'Augerer et Punin. Pour ces auteurs il existerait des « péritonites gazeuses » : il s'agirait de germes producteurs de gaz mais différents des anaérobies par l'absence d'odeur. Ajoutons qu'ils en diffèrent aussi par leur faible toxicité. Mais ces germes existent-ils ? On n'a jamais pu les mettre en évidence.

Par ailleurs Salto a cherché expérimentalement à réaliser une péritonite gazeuse : établissant un foyer gangréneux dans le péritoine du lapin grâce à des germes anaérobies, il n'a pas pu obtenir d'épanchement gazeux. L'absence de syndrome infectieux, si la cause est une perforation gastrique, ne doit plus nous surprendre ; on connaît l'évolution favorable fréquente des ulcus perforés en péritoine libre et bouchés.

4°) *L'évolution est le plus souvent subaiguë et spontanément favorable.* En effet, dans bien des cas il n'y a pas eu d'intervention ou les laparotomies furent simplement exploratrices. Tous les malades ont néanmoins guéri rapidement. Ceci montre que, s'il s'agit d'une infection péritonéale, elle est atténuée et que l'agent déterminant a rapidement disparu.

En définitive il s'agit d'un épanchement gazeux sous pression, libre dans la cavité péritonéale, ne donnant qu'un minimum de signes infectieux et ne laissant pas deviner sa cause. La cause a pu être mise en évidence ou admise avec de fortes présomptions dans la plupart des cas qui sont décrits dans la littérature comme pneumopéritoines spontanés ; nous avons déjà indiqué qu'en les éliminant nous ne pouvions retenir que six observations qui ont été résumées plus haut. Dans l'une d'elles (Spangebert-Munist) il existe dans les antécédents immédiats une entérite grave, il n'a pas été fait d'intervention exploratrice et nous avons déjà indiqué qu'elle était à la limite des cas à retenir. L'affection intestinale diagnostiquée cliniquement avait peut-être entraîné une altération de la paroi intestinale et une perforation microscopique.

Pour deux observations concernant les femmes, l'hypothèse formulée par Chalochet, passage de l'air par voie tubaire, mérite d'être retenue. Les trois autres observations concernent des hommes chez lesquels aucun contexte clinique ne permet de formuler une interprétation. Il nous paraît exagéré d'après trois exemples de décrire une maladie nouvelle dont d'ailleurs il est impossible de donner une interprétation pathogénique. Il nous semble à la fois plus simple et plus rationnel de nous ranger à l'opinion exprimée à l'Académie de Chirurgie par d'Allaines, par Cunéo, par Proust (pour ne citer que des auteurs français), à savoir que la cause est passée inaperçue. Cette cause est constituée par une ou plusieurs perforations microscopiques de l'intestin ou de l'estomac ne laissant passer que du gaz, ne laissant pas filtrer de liquides vecteurs de germes d'où l'absence de péritonite.

Donc, un pneumopéritoine dit spontané semble dû, la plupart du temps, à une perforation digestive méconnue. Il n'existe pas une entité clinique qui mérite ce nom, il faut seulement retenir sa caractéristique, la tension du gaz et on peut ainsi décrire une variété des perforations digestives, le pneumopéritoine sous tension qui n'est, somme toute, qu'une des modalités de l'ulcus perforé en péritoine libre et bouché. Quelques cas de ce syndrome ne relèvent peut-être pas d'une cause gastro-intestinale et sont dus à une lésion pariétale ou au passage anormal du gaz par les voies génitales féminines. Il n'y a pas lieu de retenir la péritonite gazeuse imaginée par certains car les cas sont trop rares et les faits trop imprécis pour permettre d'écrire son histoire et soutenir son existence.

Pour conclure, d'un point de vue pratique, en présence d'un épanchement gazeux intrapéritonéal, il ne faut pas croire à un phénomène spontané *sine materia*, mais s'efforcer de trouver une cause qui, en l'absence d'antécédents précis, a de fortes chances d'être une fissuration au niveau d'un ulcus gastrique jusqu'alors latent.

ACTUALITÉS

RESTRICTIONS ET ENFANCE

Par M. R. Levent

L'influence du mode d'alimentation actuel sur le développement et la santé des enfants, et en particulier des plus jeunes, ne devient net que par la prolongation des temps difficiles. Si en 1919 Guillermin et Guyot, dans la *Revue Médicale de la Suisse Romande*, s'étonnaient du retour en des temps apparemment civilisés de calamités oubliées, l'expérience des mois nombreux que nous traversons montrent qu'il n'y a rien de nouveau, même pas les leçons perdues. Nous ne pouvons prévoir les effets éloignés sur la génération qui grandit des misères présentes ; la façon dont se sont rétablies celles qui avaient été frappées il y a vingt-cinq ans, ne permet pas un pessimisme exclusif ; encore faut-il que le fléau ne s'éternise pas et qu'on adopte et poursuive une politique sensée et efficace de restauration physique et morale.

Quant aux effets immédiats il est moins aisé actuellement qu'on le supposerait d'avoir une vue d'ensemble. Bien des travaux n'en sont qu'à la période documentaire et ce qui a pu être dit au sein des sociétés scientifiques n'en a guère franchi l'enceinte du fait des difficultés de publication ; que publiera-t-on et quand ?... Il faut noter aussi que ce qui fut publié en Europe centrale lors de la dernière guerre est moins abondant qu'on aurait cru d'abord. Dans l'ensemble, cependant, on y trouve les mêmes remarques et les mêmes préoccupations que celles des médecins de 1943 ; les traits généraux de la physiologie et de la pathologie sont les mêmes ; actuellement on redécouvre, on complète le détail et on tente d'expliquer autrement ou mieux.

Pendant ces deux périodes, si difficile que soit la situation générale, ce sont les adultes qui en pâtissent avant les jeunes et pendant un certain temps davantage. Sans doute les mesures d'ordre général y sont-elles pour quelque chose ; le dévouement et l'esprit de sacrifice des parents, dans toutes les classes sociales, y sont pour bien davantage. A la longue, cependant, les jeunes témoignent des méfaits des restrictions dans leur état physiologique et dans leurs réactions pathologiques.

La vie intra-utérine n'est pas à l'abri de leur influence ; sans qu'on en soit encore assuré, certains cliniciens ont cru observer un retard de la fin de la grossesse sur le moment prévu trop fréquent pour qu'il s'agisse de l'habituelle incertitude du comput et qui a fait soupçonner le régime alimentaire de la future mère. L'accouchement est normal mais le poids de l'enfant est souvent faible (inférieur à 3 kgr., avaient autrefois noté les auteurs allemands). L'allaitement est plus difficile faute de quantité et doit souvent être abrégé.

D'après les observations anciennes le rationnement paraît atteindre plus gravement les garçons que les filles ; celles-ci se rétabliraient plus vite, qu'une particularité physiologique ou seulement la différence dans le genre de vie soient en cause. Les divers âges sont inégalement atteints ; c'est entre 6 et 9 ans que l'atteinte paraît le plus habituellement grave mais il faut tenir compte de la durée des restrictions et du moment de sa vie où l'enfant a dû les endurer.

Les restrictions de quelque durée influent nettement sur la croissance staturale. Pendant la guerre de 1914-1918 et la période consécutive, les auteurs ont noté dans un tiers environ des cas, un retard de croissance : ex. 3 % de défaut sur la stature moyenne d'un âge donné ; 3 à 5 cm. par an ; 10 à 20 cm. après 2 à 3 ans. De même pour l'accroissement pondéral : 8 à 12 % de déficit sur le poids moyen normal d'un âge donné ; 2 à 5 kg. de déficit par an ; 5 à 10 kg. de retard total après 2 à 3 ans. A noter que sont plus vite et plus gravement touchés les sujets vivant normalement dans les meilleures conditions hygiéniques et les mieux fournis habituellement en aliments gras.

A remarquer aussi que, pour les enfants sains mais seulement retardés dans leur croissance, on a observé au retour des conditions normales une poussée brusque de croissance et une prise de poids accélérée jusqu'à retour à l'état normal. De ceci confirmation est souhaitée.

L'aspect général des enfants d'âge scolaire est actuellement trop connu : pâleur anémique, peau détendue et plissée, aspect terne des cheveux, fonte musculaire avec perte de forces corrélative sont inégalement marqués mais constants. Le développement thoracique est rapidement insuffisant, la vue souvent médiocre, la dentition anormalement altérable. A l'examen, fréquence des adénopathies cervicales et des grosses amygdales ; retard d'apparition des premières règles.

La fatigue rapide, l'asthénie, le besoin de sommeil sont habituels ainsi que l'apathie avec période de nervosisme, incapacité de l'attention, somnolence de l'intelligence ; nous n'y insisterons pas.

D'une manière générale et dans tous les domaines la morbidité infantile augmente. Si les maladies contagieuses (coqueluche, rougeole, varicelle, variole, diphtérie) ne paraissent pas beaucoup plus fréquentes, on voit plus souvent des incidents cutanés (eczéma, séborrhée, impétigo, furoncles). Mais ce qui prime tout c'est l'énorme augmentation de la fréquence et de la gravité de la tuberculose. Les localisations les plus habituelles demeurent les mêmes mais la fréquence des formes aiguës ou la tendance à l'évolution aiguë sont des traits frappants de l'époque des restrictions.

L'appareil respiratoire paraît peu touché, en dépit de l'insuffisance des moyens de chauffage qui réalise sans doute un aguerrissement ; on note des amygdalites, de la rhinopharyngite avec complications auriculaires.

Comme on pouvait le prévoir, les troubles digestifs sont plus importants. Qualité inférieure des aliments et viciations du métabolisme général collaborent pour altérer les sécrétions digestives. On rencontre donc des troubles de la digestion gastrique et surtout des troubles intestinaux. La constipation est rare ; le plus souvent on voit la flatulence et les fermentations intestinales suivies de crises de diarrhée et s'accompagnant parfois d'éruptions cutanées. La rectification du régime et l'acide lactique surtout associé à l'amidon paraffiné (Doumer) en ont généralement raison assez vite, mais les rechutes sont habituelles et cette ténacité comporte chez l'enfant une certaine gravité. La prépondérance des aliments végétaux et l'abondance des déchets cellulosiques ont pu causer de l'obstruction intestinale (Voncken, de Liége) (1), avec vomissements, douleurs paroxystiques et péristaltisme ; le massage prudent associé aux lavements savonneux et salins et à la prostigmine permettent en général d'éviter une intervention.

Le retentissement sur les glandes endocrines se manifeste par les irrégularités de la menstruation et peut-être par une fréquence plus grande de la cryptorchidie. En général, il y a des syndromes frustes et indistincts. L'insuffisance thyroïdienne avec ses répercussions sur la croissance, les troubles parathyroïdiens, facteurs de tétanie, semblent les plus évidents. Sur la surrénale et sur l'hypophyse l'influence est moins patente.

Bien que chez l'adulte le squelette ne demeure pas indemne, l'influence de la sous-alimentation sur le squelette de l'enfant est beaucoup plus évidente. En plus de l'influence aggravante qu'elle exerce sur les ostéopathies de toute nature, elle cause une recrudescence évidente des cas de rachitisme tardif ou précoce ; les auteurs allemands ont noté un excès d'un tiers ou d'un quart en sus de la fréquence normale. Beaucoup plus fréquents que normalement aussi sont les cas d'ostéomalacie, chez les enfants de 6 à 8 ans en particulier.

Déficit alimentaire, déficit calcique et carence traduisent encore leur association dans la fréquence des fractures spontanées des adolescents. Elles surviennent sans cause ou sans cause suffisante et sont dues à l'ostéoporose atteignant à la fois tissu compact et tissu spongieux. On voit ainsi des fractures transversales du tibia et à leur suite parfois des cals imparfaits ou même des pseudarthroses.

A noter aussi des cas de ruptures tendineuses, des hémarthroses graves, parfois durables, témoignant de l'état de carence.

Du côté du système dentaire, enfin, la fréquence anormale des caries dentaires et leur rapidité insolite d'évolution.

Le système nerveux peut aussi réagir chez l'enfant : on rencontre des polynévrites, d'ailleurs rares, qui sont le plus souvent associées à des œdèmes.

Les œdèmes de famine, dès longtemps connus et périodiquement oubliés, au moins dans les pays de haute civilisation, plus fréquents chez l'adulte se voient cependant aussi chez l'enfant. C'est le grand enfant qui est le plus souvent atteint, plus légèrement d'ailleurs que l'adulte. C'est un œdème ressemblant à l'œdème cardiaque mais qu'aucune lésion ni perturbation fonctionnelle cardiaques n'expliquent. On constate de la bradycardie, de l'hypotension, de l'oligurie, parfois de l'héméralopie et quelques symptômes nerveux discrets à type polynévritique.

Hamburger l'a observé en 1919 chez le nourrisson au sein, comme résultat de la misère physiologique de la mère.

Sa pathogénie a été discutée comme celle des autres effets de la sous-alimentation. Réserve faite pour ce qui est des troubles nerveux qu'on rattache volontiers à une carence vitaminique, il semble que ces œdèmes relèvent surtout ou uniquement de l'insuffisance de la ration générale du manque de protéines et surtout de l'absence de graisses.

Bien que chez l'enfant la réaction de bien des organes demeure latente la résultante finale de la sous-alimentation est une augmentation considérable de la mortalité infantile. C'est ainsi qu'à Cologne la mortalité pour 100 enfants passait de 15,81 en 1914 à 18,18 en 1917 et le nombre annuel des décès entre 1 à 5 ans de 749 à 1.332 ; à Kœnigsberg les morts d'enfants entre 5 et 15 ans par tuberculose passaient de 18 en 1913 à 40 en 1918 ; progression analogue à Cassel à la même époque. Il est à prévoir que les statistiques qui s'édifient actuellement et que nous connaîtrons plus tard montreront les mêmes désastres.

Les discussions pathogéniques continuent ; en réalité, carences vitaminées, déséquilibre et insuffisance associent leurs méfaits directs et leur influence mauvaise sur les mécanismes de la croissance et de l'immunité. Sans doute aussi n'est-il qu'un remède global, le retour au bon sens alimentaire ; les solutions partielles ne sont que des replâtrages décevants.

(1) *Arch. Méd. Belges*. Décembre 1942.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

16 *décembre*. — M. Giordano-Orsini. La digilanide C dans le traitement de l'insuffisance ventriculaire gauche sans arythmie complète. — M. Miquel. Les troubles du rythme dans l'intoxication digitalique.

21 *décembre*. — M. Fréret. Etude critique sur la luxation postérieure traumatique sous-acromiale de l'épaule. — M. Sergent. A propos d'un cas de nécrose aiguë du pancréas au cours de la grossesse.

22 *décembre*. — M. Le Bayon. Les syndromes respiratoires au début et au cours de la paratyphoïde A. — M. Colbert. Contribution à l'étude de la morbidité et de la mortalité actuelles par la tuberculose.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 26 janvier 1943

Hémoptysie essentielle et syphilis. — M. Milian rapporte cinq observations de sujets adultes, le plus souvent hommes mûrs, qui, subitement sans symptôme avertisseur, crachent du sang, font une hémoptysie de moyenne importance, qui jette l'alarme dans leur esprit et dans l'entourage par la crainte de la tuberculose.

L'auscultation pulmonaire la plus attentive, la radioscopie ne montrent aucune altération du parenchyme pulmonaire, pas le moindre signe de tuberculose. La recherche du bacille de Koch dans les crachats est négative. L'état général des patients est excellent.

Malgré ces signes négatifs famille et médecin sont toujours dans la crainte de l'apparition d'une tuberculose. Or, jamais celle-ci n'apparaît même quinze ans ou vingt ans après.

Tous les sujets observés par l'auteur sont syphilitiques et atteints d'une syphilis virulente, souvent rebelle et récidivante. C'est la syphilis qui est responsable de ces hémoptysies vaso-motrices, comparables aux ecchymoses spontanées des tabétiques ou aux paroxysmes vasculaires de la maladie de Raynaud.

Cette hémoptysie essentielle est un véritable stigmate de la syphilis et doit donc attirer l'attention du médecin sur l'existence de cette maladie chez le patient.

Relations entre les Rickettsia et les granulo-corps de Miyagawa, agent pathogène de la maladie de Nicolas-Favre. — M. Levaditi. — Du point de vue morphologique, comme aussi du point de vue des affinités tinctoriales en fonction de la fixation, des analogies, mais aussi des dissemblances apparaissent entre les Rickettsia et les granulo-corps de Miyagawa, agent pathogène de la maladie de Nicolas-Favre. Toute identification entre ces deux ordres de formations est donc, pour l'instant, interdite. Néanmoins, l'hypothèse suivant laquelle les Rickettsia et les corpuscules de Miyagawa appartiendraient au même groupe des Rickettioses, ne saurait être éliminée *à priori*. En effet, le comportement de ces ultragermes à l'égard des agents chimiques et physiques, de même certains résultats concordants fournis par l'examen de leurs affinités tinctoriales, rendent cette hypothèse pour le moins plausible. Afin d'accentuer les dissemblances entre les Rickettsia proprement dites et les granulo-corps de Miyagawa, M. Levaditi propose la dénomination de *Para-Rickettsia-Miyagawae* pour désigner ces derniers granulo-corps.

Contribution à la lutte contre la larve de l'hypoderme du bœuf ou varron des tanneurs. — M. Guillaume.

Séance du 2 février 1943

Anthropométrié d'une fille de 12 ans, de haute stature. — M. Pierre Nobécourt. — Une fille de 12 ans a une taille de 151 cm., supérieure de 9 cm. (6,3 %) à la moyenne (142 cm.) de son âge ; elle a la taille d'une fille de 14 ans 6 mois, une *hypertrophie staturale légère*.

Son buste, ses membres inférieurs, son rapport de Manouvrier sont exactement conformes à ceux des filles de sa taille ; elle est *mésoskèle*. Son poids, son périmètre thoracique sont très inférieurs aux moyennes pour la taille ; le premier est conforme, le second un peu inférieur aux moyennes pour l'âge. Le coefficient de Pignet est supérieur aux moyennes pour l'âge et la taille ; la *corpulence* est faible.

Il n'existe aucun caractère sexuel secondaire, indiquant un début de puberté. La morphologie n'a rien de féminin.

De 11 ans 5 mois à 12 ans 6 mois, les accroissements de la taille, du buste, des membres inférieurs sont conformes à ceux des filles de cet âge. A 12 ans 6 mois la taille, le buste, les membres inférieurs, le rapport de Manouvrier sont ceux d'une fille de 17 ans 6 mois, ; il n'y a toujours aucun signe de puberté.

Si cette fille continue de grandir conformément à la moyenne, elle aura, à 20 ans, une taille de 166 cm. 5, supérieure à 10 cm. 5 (6,7 %) à la moyenne (156 cm.), une hypertrophie staturale légère et sera mésoskèle.

Il s'agit d'une *hypertrophie staturale simple, physiologique*. On ne trouve aucun facteur hygiénique ou pathologique. Le *facteur familial* est seul à retenir : le père et surtout la mère ont des statures élevées ; la mère et la fille ont le même type morphologique.

Cette fille s'oppose à la fille de 14 ans de petite stature, dont j'ai donné l'observation le 19 janvier. Ni pour l'une, ni pour l'autre, rien n'autorise à invoquer un facteur endocrinien. Il s'agit probablement d'une activité propre, soit exaltée, soit réduite, d'une *dyplasie autonome des cartilages prolifératifs, de nature congénitale.*

Diabète insipide et diabète sucré après traumatisme cranien. — MM. P. Harvier, B. Desplas et P. Froment. — Chez un blessé de la région pariéto-temporale apparaît, un mois après le traumatisme, un diabète sucré grave insulino-sensible. Cet homme n'avait aucun antécédent personnel ni familial de diabète et les urines examinées quelques semaines avant le traumatisme ne renfermaient pas de sucre.

Le point original de cette observation consiste en ce fait que le diabète sucré est apparu en même temps qu'un diabète insipide : le blessé buvait entre 12 et 15 litres de liquide et urinait 18 à 20 litres par 24 heures. Après un mois, le diabète insipide disparut, tandis que persistait la glycosurie.

C'est la première observation signalant l'association du diabète insipide et du diabète sucré après traumatisme cranien. La coexistence du diabète insipide constitue un puissant argument en faveur de l'origine infundibulaire du diabète sucré traumatique.

Le virus du typhus des prisons de Marseille. — M. Violle a montré la présence dans le sang de sujets détenus dans les prisons de Marseille et atteints de typhus exanthématique, d'un virus spécial, distinct à la fois par certains caractères du virus du typhus historique et du virus de typhus murin. Il se rapproche d'ailleurs davantage de ce dernier. Ce virus des prisons de Marseille a été retrouvé dans le cerveau de rats sauvages capturés dans les prisons.

Ce virus murin est sans doute capable de provoquer de petites épidémies dans les agglomérations humaines restreintes, mais non d'épidémies étendues dans l'ensemble de sa population. Quoi qu'il en soit, la dératisation s'impose. (Note présentée par M. Lemierre.)

Arguments en faveur du traitement obligatoire de la luxation congénitale de la hanche. — M. Pouliquen. (Présentation faite par M. Mathieu.)

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 13 janvier 1943

Asystolie basedowienne traitée par thyroïdectomie subtotale élargie. — M. Courriades. — M. J. Patel, rapporteur.

La gastro-duodénostomie termino-terminale et termino-latérale après la gastrectomie large. — M. Finsterer. Travail lu par M. Wilmoth. L'auteur précise les conditions techniques dans lesquelles ce procédé peut être tenté sans danger. Il la rejette systématiquement chez les gens âgés ou cachectiques. Pour éviter les sténoses secondaires Finsterer préfère utiliser le procédé d'Haberer dans lequel on anastomose le bout gastrique avec la face antérieure du 2e duodénum mobilisé.

Quelques remarques sur les paralysies obstétricales du plexus brachial. — M. Sorrel et Mme Sorrel-Dejerine ont observé et suivi 35 paralysies obstétricales.

Les auteurs précisent les signes cliniques qui permettent de dépister l'atteinte des différents groupes musculaires.

Sur 16 cas suivis depuis la naissance 7 guérisons complètes spontanées ; dans 9 cas persistance de séquelles dont il est impossible *à priori* de prévoir l'importance.

Les auteurs estiment que l'atteinte des racines se fait dans la portion intra-rachidienne de la racine.

Chez les nouveau-nés aucune intervention, aucun appareillage ; seule est faite l'électrisation des muscles paralysés.

A la phase de séquelles ostéotomie de dérotation haute à travers les fibres du deltoïde.

M. Fèvre a observé un cas d'épaule ballante qui nécessitera une arthrodèse. Au traitement électrothérapique M. Fèvre ajoute l'appareillage qui maintient ainsi le bras en élévation.

La place de la castration ovarienne dans le traitement des cancers du sein inopérables. — MM. Ameline et Gally apportent six observations dans lesquelles la castration chirurgicale ou opératoire semble avoir stabilisé des lésions de récidive. L'activité ovarienne semble en partie responsable de l'aspect évolutif de certains cancers du sein ; les auteurs en rapportent quelques observations recueillies dans la littérature.

Ils discutent les procédés utilisables ; à côté de la castration chirurgicale ou par les rayons X on peut avoir recours aux injections de testostérone antagoniste des sécrétions ovariennes.

Présentation de malade opéré de gastrectomie totale pour cancer de l'estomac (datant de 4 mois). — M. Merle d'Aubigné.

Présentation de radiographie de volvulus du cœcum. — M. Richard.

Séance du 20 janvier 1943

Traitement des fistules broncho-cutanées non tuberculeuses par cautérisation au crayon de nitrate d'argent. — MM. Desbonnets et D'Hour. — M. R. Monod rapporteur, insiste sur l'intérêt qu'il y a à ne pas faire ces cautérisations trop tôt.

Valeur de la résection sous capsulo-périostée dans le traitement des plaies de guerre des grandes articulations des membres. — MM. Bachy et A. Morel. — M. Roux-Berger rapporte ce travail basé sur onze observations dans lesquelles les auteurs firent la résection comme moyen de drainage d'une articulation gravement infectée.

Trois observations d'occlusion intestinale aiguë par ascaris. — M. Ferey fut obligé dans un cas de faire une entérotomie. M. R.-Ch. Monod cite une observation de sub-occlusion par ascaris.

Syndrome de sténose pylorique par ascaris chez un enfant de 15 ans. — M. Ferey insiste sur la fréquence relative de l'ascaridiose.

Un cas d'éventration diaphragmatique droite vérifié par la laparotomie. Intérêt du pneumopéritoine pour le diagnostic des tumeurs de la zone frontière thoraco-abdominale. — MM. R. Monod et Azoulay mirent en évidence le siège exact de la tumeur trouvée à la radiographie grâce au pneumopéritoine. A l'intervention, on constate que le foie présente des incisures très anormales, avec un lobe surnuméraire logé sous le diaphragme. Un deuxième cas identique au précédent vient d'être observé par les auteurs. M. R. Monod montre l'intérêt

du pneumopéritoine pour reconnaître éventration partielle et hernie diaphragmatique en précisant les rapports de la tumeur avec la coupole.

Conservation de la circulation normale des ovaires au cours de l'hystérectomie. — MM. P. Brocq, Arviset, Rudler passent en revue les techniques dites « conservatrices » et constatent que toutes ces interventions comportent la ligature de l'artère utérine ; cette ligature peut être néfaste pour la vitalité de l'ovaire. Pour conserver la totalité du trajet de l'artère utérine, il faut garder les bords latéraux de l'utérus. Les auteurs précisent les conditions techniques dans lesquelles ils ont réalisé cette opération 54 fois. Les suites éloignées ont été très favorables.

Les auteurs montrent que l'intervention est particulièrement indiquée dans les fibromes, dans les métropathies rebelles au traitement hormonothérapique.

M. Mocquot fait remarquer que la conservation de l'endomètre joue un rôle important dans ces interventions conservatrices ; le facteur artériel n'est pas tout.

M. Desmarest estime que le point de vue de M. Brocq est trop anatomique.

M. Ferey croit qu'il faut conserver la trompe avec l'ovaire et qu'on a ainsi toute garantie au point de vue vascularisation.

Séance du 27 janvier 1943

Corps étranger du côlon transverse. — M. Baillis. — Rapport de M. A. Mouchet.

Entéro-anastomose d'intestin grêle et côlon descendant à une phase presque ultime d'une occlusion intestinale et dans des conditions techniques très spéciales. — M. Baillis. — M. A. Mouchet rapporte cette observation dans laquelle il s'agissait d'une occlusion par périviscite post-opératoire.

Radioscopie et staphylorraphie. — M. Victor Veau et Mme Borel-Maisonny ont utilisé la radioscopie chez leurs opérés pour division palatine. Le voile ne se comporte pas comme un sphincter mais comme un clapet qui, en s'élevant touche le toit du cavum. La principale qualité du voile reconstitué est sa mobilité.

L'occlusion du pharynx dépend aussi de la profondeur du cavum qui est en cause dans les mauvais résultats phonétiques quand on opère des adolescents. Après s'être élevé contre les pharyngoplasties les auteurs montrent qu'on peut obtenir un allongement du voile par la section sous-muqueuse de l'aponévrose palatine.

Une forme particulière de fracture de Manteggia chez l'enfant. — MM. Sorrel et Kropft relatent cette observation dans laquelle la fracture du cubitus entraînait un tassement considérable qui fut réduit grâce à une interposition de greffes entre les deux fragments. Résultat excellent.

Amputation inter-ilio-abdominale pour chondro-sarcome du fémur. Guérison. — M. P. Huet insiste sur la plasticité de cette opération dont on peut modifier les sections osseuses et la taille des lambeaux suivant le siège des lésions. Il a utilisé la table orthopédique et considère comme inutile de faire un clampage de l'iliaque primitive au début de l'intervention.

M. Richard et M. Moulonguet considèrent que le terme : l'amputation inter-ilio-abdominale n'est pas exact en raison du siège des sections osseuses faites.

M. Huet rappelle qu'il y a des articulation et amputation inter-ilio-abdominale.

Présentation d'une aplasie discale. — M. Petit-Dutaillis.

Au début de la séance M. L. Bazy, président sortant, avait proclamé **les prix décernés** par l'Académie.

Il a annoncé que deux dons avaient été faits à l'Académie : un portrait d'Ambroise Paré par Clouet offert par une généreuse donatrice, et une somme de 200.000 francs adressée par Mme de Martel pour créer un prix triennal.

Prix décernés. — *Prix Chupin*, biennal (1.400 fr.) à M. J. Poinot (Bordeaux), pour son travail intitulé : Les blessures de l'abdomen. Résultat de 42 opérations (1939-1940).

Prix Gerdy, biennal (2.000 fr.) à M. René Fauvert (Paris), pour son travail intitulé : Le retentissement des résections gastriques chirurgicales sur l'hématopoïèse (Contribution à l'étude des anémies par agastrie).

Prix Le Dentu, annuel, décerné à l'interne en chirurgie (médaille d'or) du concours de 1942, M. Germain.

Prix à décerner en 1943. — *Prix Duval-Marjolin*, annuel (300 francs). — A l'auteur (ancien interne des hôpitaux ou ayant un grade analogue dans l'armée ou la marine) de la meilleure thèse inaugurale de chirurgie publiée dans le courant de l'année 1943.

Prix Edouard-Laborie, annuel (1.200 fr.) [*anonyme*]. — A l'auteur d'un travail sur un sujet quelconque de chirurgie.

Prix Dubreuil, annuel (400 fr.). — Destiné à récompenser un travail sur un sujet d'orthopédie.

Prix Le Dentu, annuel. — A l'interne médaille d'or de chirurgie en 1943.

Prix Jules-Hennequin, bisannuel (1.500 fr.). — Au meilleur mémoire sur l'anatomie, la physiologie, la pathologie ou les traumatismes du squelette humain. Ce prix ne peut être partagé.

Prix Ricord, bisannuel (300 fr.). — A l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie, ou d'un mémoire publié dans le courant de l'année et n'ayant pas été l'objet d'une récompense dans une autre Société.

Les travaux des concurrents devront être adressés au secrétaire général de l'Académie de Chirurgie, 12, rue de Seine, Paris (6e), avant le 1er novembre 1943.

Bureau pour l'année 1943. — MM. Heitz-Boyer, président, Roux-Berger, vice-président, P. Brocq, secrétaire général, de Gaudart d'Allaines, secrétaire annuel, Toupet, trésorier et Basset, archiviste.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 janvier 1943

Traitement des équivalents de l'asthme par des antihistaminiques (2325 et 2339 RP). — M. Decourt. — Conclusions du travail : 1° Les équivalents de l'asthme réagissent de la même façon que l'asthme lui-même à la thérapeutique antihistaminique ; l'auteur constate les mêmes différences d'action d'un sujet à l'autre, et parfois d'un jour à l'autre chez un même sujet ; 2° il ne semble pas y avoir de résistance vraie à la thérapeutique antihistaminique pour les équivalents de l'asthme, mais les phénomènes d'intolérance empêchent souvent d'atteindre la dose active ; 3° la dose minimum active paraît d'autant plus faible que l'affection paraît plus étroitement de nature allergique ; 4° la durée d'action n'excède pas 2 à 4 heures ; 5° dans le rhume des foins, les antihistaminiques ne « bloquent » pas l'écoulement nasal.

Valeur de la dose unique massive et de la sulfamidothérapie locale associée. — MM. F. Coste, M. Gaucher et M. Goury-Laffont. — Observation où en substituant à la posologie classique, par doses étalées, le procédé de la dose unique massive, combinée à la sulfamidothérapie locale, des succès furent obtenus dans diverses affections sulfamido-résistantes. Cette technique convient à certains cas de rhumatismes. Elle doit être utilisée lorsque les foyers à atteindre siègent en des régions ou tissus difficilement imprégnables par le médicament sulfamidé.

Syndromes parkinsonniens et de poliomyélite antérieure chronique associés. — MM. Rouquès, Pautrat et Desclaux. — Homme de 53 ans chez qui évoluent depuis six ans un syndrome parkinsonnien bilatéral et des signes unilatéraux d'atteinte des cornes antérieures. On ne peut incriminer ni l'encéphalite épidémique, ni la syphilis ; on ne peut affirmer qu'il s'agit de la séquelle d'une lésion infectieuse plutôt que d'un processus dégénératif.

Amyotrophie radiculaire chez une parkinsonnienne post-encéphalitique. — MM. Rouquès, Pautrat et Desclaux. — Femme de 37 ans ayant présenté une encéphalite épidémique compliquée d'un syndrome parkinsonnien. Plus tard un syndrome radiculaire inférieur droit se constitue. On trouve l'ébauche des mêmes signes. C'est un exemple typique des séquelles radiculaires signalées dès l'apparition de l'épidémie d'encéphalite.

Résultats de l'électro-choc en psychiatrie. — MM. Jean Delay, Fouquet et Maillard. — Résultats remarquables dans des affections hyperthymiques : la mélancolie et la manie ; variables dans une affection athymique comme la schizophrénie. Les états obsessionnels, délires chroniques, démences ne sont améliorés que dans la mesure où un élément thymique se surajoute à ces états intellectuels.

L'électro-choc peut entraîner divers accidents : fractures, luxations, apnée prolongée, abcès gangréneux du poumon, accès confuso-oniriques, amnésies. Mais ces accidents sont rares.

Troubles provoqués par les antagonistes de l'histamine. Action du sucre dans un cas d'absorption massive d'autergan (2339 R. P.). — M. Decourt. — Aux doses thérapeutiques usuelles, l'autergan peut provoquer deux ordres de troubles : douleurs gastriques pouvant être évitées si le médicament est absorbé avec les aliments ; les autres troubles étant d'origine nerveuse. L'autergan ayant été absorbé chez une malade à la dose massive de 1 gr. en une heure provoqua des troubles graves. L'action du sucre sur ces troubles est remarquable puisqu'il suffit de 4 cuillerées à café de miel pour les faire disparaître en un quart d'heure.

Séance du 15 janvier 1943

Bureau pour 1943. — Président : M. Grenet ; vice-président : M. Lemierre ; secrétaire général : M. Huber ; trésorier : M. Mauric ; secrétaires annuels : MM. Fouquet et Joseph.

Diagnostic et traitement du botulisme. — M. Legroux et Mme Jeramec. — Parmi les nombreux cas de botulisme observés les auteurs affirment que les cas bénins sont fréquents. Les aliments incriminés sont toujours des conserves ménagères. Ils indiquent le traitement mixte par sérum et anatoxine, à savoir : 20 à 40 cm^3 de sérum pour l'adulte, 10 à 20 cm^3 pour l'enfant. Anatoxine 1 cm^3 à 1 cm^3 5 pour l'adulte, 0 cm^3 5 à 1 cm^3 pour l'enfant.

Un cas de cardiomégalie modérée de nature myxœdémateuse, liée à un épanchement péricardique. — MM. Pasteur Vallery-Radot, Lenègre et Welti. — Femme de 65 ans, atteinte d'un myxœdème évident et d'un rhumatisme déformant est atteinte d'une augmentation modérée du volume du cœur avec disparition de ses battements. La ponction du péricarde ramène 20 cm^3 de liquide citrin ; réaction de Rivalta faiblement positive. Après sept semaines d'opothérapie thyroïdienne, le cœur redevient normal. Les auteurs, à propos de ce fait, dégagent les caractères de la péricardite myxœdémateuse et le fait de son individualité.

Influence néfaste des restrictions alimentaires actuelles sur l'évolution de la tuberculose chez les lépreux. — M. Ch. Flandin. —

Novococaïnisation intraveineuse préalable et accidents de l'arsénothérapie. — MM. Flandin et Basset ont observé un cas d'apoplexie séreuse mortelle, à la troisième injection de novar, après usage de cette méthode qui, en réalité, ne fait que masquer les accidents, sans les empêcher.

Prix de la Société. — Prix Gingeot (1.500 francs). Sujet proposé : Foie et avitaminoses. Mémoire à déposer avant le 1er novembre 1943 ; Prix Legendre. Sujet proposé : Le secret médical en face des réglementations de la médecine sociale. Mémoire à déposer avant le 1er novembre 1943.

Séance du 22 janvier 1943

Anémies érythro-plasmatiques de carence. — MM. Fiessinger, Tiffeneau et Jean Trémolières. — On observe actuellement l'association de deux syndromes anémiques morphologiques et chimique portant sur la diminution des hématies et sur la diminution des albumines du sérum. Dans un premier groupe de faits, le déséquilibre protidique s'accompagne d'œdèmes importants. Dans un deuxième groupe, les œdèmes manquent ou sont discrets. Un double facteur carentiel se trouve à l'origine des anémies érythro-plasmatiques : le facteur protidique exogène et le facteur anti-anémique hépatique. La thérapeutique restitutive rend compte du rôle joué par chacun d'eux, mais ne permet pas de préjuger de leurs connexions réciproques.

Etude comparée des protides sériques et surcharges chloruro-sodiques au cours deux œdèmes de carence. — MM. Fiessinger et Jean Trémolières. — Soumis à une surcharge chloruro-sodique les malades restèrent hypo-sérinémiques et retinrent le chlorure de sodium, d'abord sans augmentation de poids, puis avec apparition d'œdèmes. Le sérum à charge faible ou sérum-albumine laisse transsuder, dans les espaces lacunaires, non seulement l'eau, mais le chlorure de sodium à concentration élevée.

Epidémie familiale de botulisme. — M. Jean Fouquet rapporte une observation de quatre cas de botulisme survenus dans la même famille. L'aliment contaminateur était un jambon mal fumé. Quoique présentant une symptomatologie très complète ces formes sont restées bénignes, ambulatoires même, et ont guéri sans incident après une convalescence longue. L'auteur insiste sur la fréquence probable de ces cas légers.

Un « enfant du radium ». Nanisme et microcéphalie à la suite d'une curiethérapie intracervicale faite au troisième mois de la grossesse. — M. Lamy et Mlle Jamet.

Agranulocytose maligne. — MM. Cl. Gautier et P. Grenet. — Chez une femme de 39 ans, un cas d'agranulocytose maligne débuta brutalement par une angine intense avec nécrose de la muqueuse pharyngée et peu de réaction ganglionnaire avec un état général très mauvais. L'examen hématologique montra, de même que le myélogramme, l'absence totale d'éléments granuleux de la série blanche. A l'hémoculture on trouva du pneumocoque pur, microbe de sortie vraisemblablement.

Suppuration pulmonaire à pneumocoques compliquant un cancer excavé du poumon. — M. Rist.

Cystinurie et calculs du rein chez deux sœurs. Etude de l'élimination soufrée. — MM. Gaultier et Lavagne.

SOCIETE DE BIOLOGIE

Séance du 14 novembre 1942

Action des hypnotiques (hydrate de chloral, éthyluréthane, somnifène) sur le choc anaphylactique du lapin. — MM. Pasteur Vallery-Radot, G. Mauric et Mme A. Holtzer montrent que ces hypnotiques n'empêchent pas ordinairement l'apparition du choc anaphylactique chez le lapin sensibilisé au sérum de cheval.

Troubles de la glyco-régulation chez les dénutris. — MM. H. Gounelle, J. Marche et M. Bachet soulignent les anomalies de l'épreuve d'hyperglycémie provoquée rencontrées, notamment l'absence de réponse hyperglycémique chez de grands dénutris, exposés aux risques du coma hypoglycémique.

Les modifications cytologiques du pancréas insulaire au cours du jeûne. — MM. M. Sondrail, A. Bazex et M. Cahuzac montrent que l'hyperplasie insulaire, observée chez le cobaye soumis au jeûne, s'effectue presque exclusivement au bénéfice des cellules A, productrices de l'hormone lipocaïque de Dragstedt : en réalité, la proportion des cellules B, seules insulinogènes, est notamment amoindrie, ce qui entraîne une hyposécrétion insulinienne. Cette étude cytologique concorde bien avec l'hypoglycémie et avec la diminution des lipides totaux du plasma enregistrée au cours du jeûne.

Fonction mélanotrope de l'hypophyse au cours de la carence C. — MM. A. Giroud, M. Martinet et M. T. Bellon, étudiant les variations fonctionnelles de l'hypophyse au cours de la carence C, ont constaté une augmentation de cent pour cent de l'hormone mélanotrope.

Les modifications apportées par un antagoniste de l'histamine (2.339 R. L.) à la réaction vasculaire locale de la peau. — M. J.-L. Parrot a vu l'ingestion de ce produit rendre impossible la production de la papule et de l'érythème environnant sous l'action des excitants physiques ou chimiques : l'histamine libérée serait donc directement responsable de ces réactions locales cutanées.

Augmentation par la thyroxine de l'action masculinisante de l'acétate de désoxycorticostérone sur la crête du chapon. — M. F. Caridroit.

Lésions infiltratives cérébrales au cours des avitaminoses expérimentales A et B_1 du rat. — MM. Ivan Bertrand, P. Chauchard et Mme H. Mazoué.

Etude comparative de la sensibilité des fractions acétoniques et alcooliques de l'antigène de Bordet-Ruellens par la méthode des dilutions multiples. — MM. J. Couteau et F. Cheurlot.

Influence comparative de l'ingestion de trypsine active (pancréatine) et du complexe trypsine-protéine sur le taux de l'alexine. — MM. F. Maignon et Y. Mérat ont vu, chez le cobaye, l'ingestion de trypsine active abaisser le taux de l'alexine, celle du complexe trypsine-protéine ne le modifiant pas. Chez le chien, l'ingestion de trypsine active n'abaisse pas le taux de l'alexine, mais l'élève légèrement une fois sur quatre ; par contre, l'ingestion du complexe trypsine-protéine l'élève constamment.

Nature et origine de l'alexine. — MM. F. Maignon, J.-P. Thiéry et Y. Mérat pensent que l'hypothèse d'après laquelle l'alexine serait de la trypsine du suc pancréatique absorbée au niveau de la muqueuse intestinale et copulée avec une englobuline sanguine, explique tous les faits expérimentaux observés ; cette globuline serait moins abondante chez le chien que chez le cobaye et aurait pour la trypsine une affinité moindre.

Nouvelles expériences sur la production d'alcool par les tissus animaux en autolyse aseptique. — MM. F. Maignon et J. Jouannet concluent de leur étude que l'alcool représenterait un des stades normaux de l'utilisation du glucose par les tissus animaux.

Séance du 28 novembre 1942

Action du chlorhydrate de morphine et du phosphate de codéine sur le choc anaphylactique du lapin. — MM. Pasteur Vallery-Radot, G. Mauric et Mme A. Holtzer ont constaté que, si le chlorhydrate de morphine n'a pas d'action protectrice contre le choc anaphylactique du lapin, le phosphate de codéine a une action protectrice, mais de courte durée.

Remarques sur les taux sanguins de la vitamine PP. — MM. Y. Raoul, A. Vallette, J. Marche apportent les résultats de quatre-vingts nicotinamidémies dosées selon le procédé d'Y. Raoul et Mlle Crepy. Un taux de nicotinamidémie au-dessous de 6 mg. a été fréquemment noté en l'absence de toute manifestation pathologique : il importe d'élargir vers le bas les taux considérés jusqu'ici comme normaux. Il est vraisemblable que les conditions alimentaires actuelles expliquent cette tendance à l'abaissement.

Titrage de la valeur curative des arsénoïques chez la souris atteinte de syphilis expérimentale cliniquement inapparente. — M. C. Levaditi montre que la souris atteinte de syphilis expérimentale cliniquement inapparente peut servir de test pour l'évaluation de l'activité thérapeutique du diamino-dihydroxy-arsénobenzène-tétraéthyl-carbonate diméthylène-sulfite de Na.

Utilisation de la souris atteinte de syphilis expérimentale cliniquement inapparente pour le titrage du pouvoir curatif du bismuth. — M. C. Levaditi.

Cessation spontanée des effets inhibiteurs de l'acétylcholine sur le cœur isolé de grenouille. Causes de ce phénomène. — M. Robert Tiffeneau et Mlle Marcelle Beauvallet.

Antigènes glucido-lipidiques et « englobement » phagocytaire. — M. A. Delaunay signale que les antigènes glucido-lipidiques favorisent l'infection non pas en empêchant l'englobement des bactéries par les phagocytes, mais en entravant l'afflux des globules blancs aux points contaminés.

SOCIETE DE PEDIATRIE

Séance du 15 décembre 1942

Un cas de péritonite encapsulante opérée. — MM. Milhit, Boppe et Maignant ont observé chez une fillette de 14 ans, dont la cuti-réaction était négative, des signes cliniques et radiologiques de sténose du grêle. L'intervention montra qu'il s'agissait d'une péritonite plastique diffuse recouvrant l'intestin d'une coque épaisse.

Un cas de myopathie. — M. Grenet.

Méningo-encéphalite syphilitique. — MM. Boudet, Boucomont, Balmes et Passouant.

Deux cas de maladie de Gaucher traités par splénectomie. — MM. Giraud, Bernard et Sansol.

Les signes ophtalmoscopiques de la tuberculose au cours de la méningite tuberculeuse et de la granulie. — M. Dollfus a trouvé 10 fois sur 21 cas des tubercules de la choroïde, tels que les a décrits Bouchut, à la bifurcation des vaisseaux. Ils ne sont jamais très nombreux et apparaissent plus précocement dans la granulie que dans la méningite.

Brachyœsophage et dolichocôlon. — MM. J. Marie, Mullet et Piot.

NOTES POUR L'INTERNAT

DILATATION DES BRONCHES (1)

SIGNES ET DIAGNOSTIC

(Suite et fin)

II. — *DILATATIONS DES BRONCHES DE L'ENFANT*

Etiologie.

On la rencontre surtout à la suite des *broncho-pneumonies graves* et particulièrement dans les *broncho-pneumonies traînantes* telles qu'on les constate surtout dans la coqueluche et aussi la rougeole, la grippe.

En pratique, on est amené à la reconnaître soit au décours de l'affection première, soit tardivement, d'où deux types évolutifs :

1° *D. des B. aiguë.*

Au décours de la broncho-pneumonie, on voit survenir :

a) *Phase aiguë :*

Une aggravation des signes généraux ;

Des symptômes de foyer pulmonaire (matité, souffle, râles) ;

Enfin, fait notable, et chez le petit enfant caractéristique, une expectoration purulente ;

b) *Phase de rémission.*

Puis l'état général s'améliore,

Tandis que les s. locaux persistent (discordance qui s'affirme ainsi dès le début) ;

c) *Evolution :*

1° Tantôt *régression définitive* (guérison réelle) ;

2° Tantôt *poussées subaiguës* renouvelant à chaque rechute le même tableau clinique, tandis qu'entre les réveils ne se manifeste plus la dilatation (à la longue, guérison encore possible) ;

3° Tantôt *passage à la chronicité* pour des raisons obscures parmi lesquelles le rôle de l'*hérédo-syphilis* a été considéré comme essentiel (Hutinel).

2° *D. des B. chronique.*

Des poussées analogues à celles de l'adulte surviennent.

Dans l'intervalle, l'état général est parfait, mais il persiste un foyer localisé et une expectoration purulente.

A la longue, apparaissent :

Des déformations thoraciques ;

Des déformations des extrémités (ongles en verre de montre, doigts hippocratiques, ostéopathie hypertrophiante pneumique (type Pierre Marie).

La dilatation des bronches est alors devenue une lésion définitive, qui se rapproche tout à fait de la dilatation des bronches de l'adulte.

Evolution.

a) Soit vers des *accidents infectieux :*

Abcès pulmonaire ;

Pleurésie purulente ;

Abcès du cerveau ;

b) Soit, *mais beaucoup plus rarement que chez l'adulte* vers la sclérose pulmonaire et la défaillance du cœur droit.

Formes cliniques.

Selon les symptômes (f. bronchitique, pneumonique, pseudo-pleurétique ou pseudo-cavitaire) ;

Selon l'évolution (f. aiguës curables, f. aiguës à rechutes, f. chroniques).

III. — *FORMES ETIOLOGIQUES DE LA DILATATION DES BRONCHES*

A) On a décrit des D. des B. d'étiologie spécifique liées à :

1° *La tuberculose.*

Tuberculose fibreuse à évolution favorable donnant une sclérose pleuro-pulmonaire et bronchique ;

2° *La syphilis.*

Sur le rôle de laquelle les opinions les plus opposées ont été soutenues :

Pour certains (auteurs lyonnais) rôle *direct et essentiel* ;

Pour d'autres (Sergent) *rôle adjuvant* préparant le terrain à la tuberculose ;

Pour d'autres, enfin, *ce rôle est exceptionnel* ;

3° *Le cancer pleuro-pulmonaire* peut s'accompagner de dilatation bronchique ;

4° *Les suppurations pulmonaires* peuvent s'accompagner de bronchiectasies

Soit primitives (br. abcédées) ;

Soit concomitantes (abcès bronchiectasique) ;

Soit secondaires (abcès bronchiectasiants (Sergent) ;

5° *Les corps étrangers chroniques* surtout chez l'enfant ont pu être suivis de dilatation des bronches ;

6° *Les intoxications par les gaz de combat.*

B) Mais l'étiologie de la D. des B. habituelle a été elle aussi diversement comprise :

1° Complication d'une *infection bronchique*, pour certains :

Soit *latente*, silencieuse (rhino-bronchite descendante) (rôle essentiel pour Hutinel) ;

Soit *aiguë* (broncho-pneumonie traînante de l'enfant ou plus rarement de l'adulte);

2° *Lésion congénitale* pour d'autres (Debré) qu'une infection surajoutée ne ferait que révéler plus ou moins tardivement.

DIAGNOSTIC

A) *Chez l'adulte :*

a) Devant une suppuration respiratoire il faut d'abord éliminer la tuberculose pulmonaire.

L'expectoration purulente, les hémoptysies constituent en effet une présomption que renforce encore parfois la constatation d'un syndrome cavitaire ;

Les caractères particuliers de cette caverne (siège à la base, variation des signes) ;

La conservation de l'état général ;

Surtout l'absence de B. K. à des examens répétés permettant d'écarter ce diagnostic ;

b) La tuberculose éliminée, il faut préciser l'origine bronchique ou pleuro-pulmonaire de cette suppuration. Ce diagnostic repose sur l'examen clinique et l'examen radiologique.

1° *Cliniquement*, les modalités de la température et de l'expectoration permettent de distinguer deux types de suppurations :

Les suppurations *avec rétention* qui ont débuté par *une vomique* et où l'abondance des crachats et le degré thermique varient en sens inverse, les deux courbes se croisant en ciseaux, c'est le cas des *suppurations pulmonaires et pleurales* vidées par vomiques espacées (abcès du poumon, pleurésie enkystée) ;

Les suppurations *sans rétention* ayant débuté *sans vomique* et où les courbes de l'expectoration et de la température évoluent parallèlement. C'est le fait des suppurations bien drainées et particulièrement de la *dilatation des bronches* et aussi de certaines *bronchorrhées sans ectasie* qui doivent être rappelées.

2° *Radiologiquement :*

La radiographie sans préparation montre la ligne du niveau horizontal de l'abcès ou de la pleurésie enkystée ;

Le lipiodol dessine les dilatations bronchiques alors qu'il n'injecte pas l'abcès. Encore certaines images d'injection sont-elles difficiles à interpréter (« lacs » lipiodolés de certains abcès péri-bronchiques) ;

c) Dans le cas particulier d'une expectoration fétide la fétidité demande à être interprétée :

On pense d'emblée à une *suppuration gangréneuse du poumon* si la fétidité est apparue dès le début de l'affection ;

Si au contraire la fétidité n'est apparue que tardivement et se mani-

(1) Voir *Gaz. Hôp.*, n° 3, 1[er] février 1943.

feste par intermittence (fétidité à éclipse), elle n'a que la valeur d'un *phénomène habituel au cours de toute suppuration chronique* ;

d) Des difficultés viennent d'ailleurs compliquer ce diagnostic : *Les associations possibles* (bronchiectasies abcédées, abcès bronchiectasiants) ;

Les faits de passage (certaines suppurations gangréneuses s'accompagnent d'importantes lésions bronchiques pour lesquelles cliniquement et radiologiquement il est difficile de tracer une démarcation nette entre la D. B. et le processus putride).

B) *Chez l'enfant* :

a) *La dilatation aiguë* est difficile à distinguer de la broncho-pneumonie causale ;

b) *La dilatation chronique* avec son expectoration purulente fait penser à une pleurésie enkystée évacuée par vomique et surtout à la tuberculose pulmonaire. La recherche des B. K. dans l'expectoration et l'examen radiologique lèveront les doutes. C'est là encore le *radio-lipiodol* qui reste à la base du diagnostic.

P. Mozziconacci.

INFORMATIONS

(suite de la page 50)

Un exemple à retenir

Cinquante étudiants de la Faculté de Pharmacie de Montpellier, accompagnés de quelques-uns de leurs professeurs et sous la conduite de leur doyen, M. le Professeur Astruc, se sont rendus, le 11 janvier, à Avignon, où ils ont visité les Etablissements Orga et les Laboratoires Roger Bellon, spécialisés dans la préparation des produits biologiques et opothérapiques.

Une première conférence leur fut faite sur la collecte et l'utilisation des organes d'animaux en vue de leur transformation en spécialités pharmaceutiques. Puis, toutes explications leur furent données sur les diverses phases de l'élaboration des glandes sur le plan industriel. Enfin, une visite détaillée des laboratoires suivit, qui illustra, comme il convenait, cette double démonstration.

Que ces étudiants aient pu ainsi ajouter aux données de leur enseignement universitaire une leçon pratique de pharmacie en suivant, stade par stade, la préparation industrielle des produits pharmaceutiques, voilà un fait digne d'être souligné et retenu. L'Union de la Science et de l'Industrie, toujours nécessaire, ne s'impose-t-elle pas aujourd'hui plus que jamais, sous le coup de nos difficultés présentes ? N'est-ce pas en se mettant au service de l'industrie que les compétences aideront le plus utilement la France dans son relèvement économique ?

Cours

Chaires de physiologie et de médecine expérimentale (MM. Léon Binet et Henri Bénard, professeurs). — Un enseignement supérieur de physiologie et de médecine expérimentale commencera le 15 février à 14 h. 30, au petit amphithéâtre de la Faculté de Médecine et continuera les mercredis et vendredis à la même heure, pour le premier mois.

Ce cours, théorique et pratique, doit préparer au certificat de physiologie et médecine expérimentale envisagé par l'Assistance Publique pour le concours d'assistant en médecine des hôpitaux.

Il y aura un ensemble de 60 leçons et 20 démonstrations. L'examen aura lieu à la fin du cours. Maximum d'élèves inscrits : 20. Droit d'inscription : 750 francs. S'inscrire au guichet n° 4 du secrétariat de la Faculté de Médecine, tous les matins de 10 heures à midi ou les lundis, mercredis, vendredis, de 14 à 16 heures.

Pathologie médicale. — Professeur : M. Chabrol. — M. le Dr Coste, agrégé, continuera son cours les mardis, jeudis et samedis, à 18 heures, au Grand Amphithéâtre de la Faculté. Sujet du cours : Les intoxications.

Chaire de Pathologie expérimentale et comparée. — Professeur : M. Henri Bénard. — M. le Dr André Lemaire, agrégé, commencera ses conférences le jeudi 11 février 1943, à 18 heures, au petit amphithéâtre de la Faculté, et les continuera en février le jeudi, et, à partir de mars, les mardis, jeudis et samedis, à la même heure.

Sujet du cours : Endocrinologie expérimentale.

Cours de stomatologie. — M. le Dr Dechaume, chargé de cours, commencera le cours de stomatologie, le lundi 5 avril 1943, à 17 heures (salle de Thèses n° 2), et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Objet du cours : Pathologie bucco-dentaire.

COMITE NATIONAL DE L'ENFANCE

Plein air et enseignement

Le 28 janvier, le Comité National de l'Enfance a tenu, au Secrétariat de la Santé, une Journée d'études consacrée à la question : « Plein air et enseignement ».

Les séances étaient présidées par le Professeur P. Nobécourt, président du Comité, assisté des Drs E. Lesne, vice-président, Julien Huber et Henri Rouèche, secrétaires généraux.

Diverses personnalités étaient présentes, et, au premier rang, M. Jolly, directeur de l'Enseignement primaire au Ministère de l'Education nationale, M. Codevelle, directeur au Secrétariat général de la Santé. La Croix-Rouge française était représentée par le Professeur Vaucher.

A 9 h. 30, le Professeur Nobécourt ouvre la séance du matin. Dans son allocution, il montre l'importance de la question traitée pour la santé physique et morale des enfants et des jeunes gens de l'enseignement primaire et secondaire ; il esquisse un plan de réalisation.

Puis on entend l'exposé des rapports du Dr Armand-Delille sur les écoles de plein air du point de vue sanitaire, de Mme Fasson, inspectrice générale au Ministère de l'Education nationale, sur les écoles de plein air du point de vue pédagogique, des Drs Huber et Rouèche sur Les inadaptés urbains, recrutement des établissements de plein air, la communication du Professeur Vaucher sur la Participation de la Croix-Rouge aux écoles de plein air.

A la séance de l'après-midi, ouverte à 15 heures, ce sont les communications du Dr Cuvier, médecin-inspecteur de la Santé, sur Facteurs démotiques et écoles de plein air, du Dr Hazemann sur Ecoles de plein air et Office public d'hygiène publique de la Seine, où il est directeur du service médico-social, de M. Georges Bertier, sur l'Ecole des Roches dont il est le directeur depuis une quarantaine d'années, du Dr Rouèche et de M. Terrier sur les Colonies scolaires et le placement familial à la campagne.

Puis la discussion est ouverte à laquelle prennent part de nombreux assistants. M. Jolly et M. Codeville exposent comment ils conçoivent la question du point de vue administratif ; ils félicitent le Comité national de l'enfance de son travail et des initiatives qu'il a prises en réunissant les membres de l'enseignement public.

On vote les vœux rédigés par MM. Huber et Rouèche et à 17 h. 45, M. Nobécourt lève la séance.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

A propos de la limitation du nombre des étudiants

Répétons-le une fois de plus : rien n'aura été fait contre la pléthore médicale, tant qu'on n'aura pas réduit le nombre des bacheliers. C'est d'ailleurs à quoi nous ramène la loi du 19 octobre 1942. Placer un barrage au cours des études de médecine serait en revanche un procédé indisposant à juste titre les étudiants ; ce serait, de plus, une épreuve non gratuite, que l'on imposerait aux parents.

Quelle que soit la solution adoptée il faudra que le nombre des futurs médecins corresponde aux besoins médicaux de la population.

On n'a pas oublié une lettre adressée en 1930 aux parents, aux professeurs et aux élèves de philosophie par le Professeur Balthazard, alors président de la *Confédération des syndicats médicaux*, et par le Dr Cibrie, secrétaire général. MM. Balthazard et Cibrie mettaient les parents et les élèves en garde contre l'abus du choix de la médecine fait par les bacheliers. Cet appel fut écouté. De 1930 à 1936, le nombre des étudiants se stabilisa. Mais depuis 1937 il a entamé une nouvelle courbe ascendante suivant l'expression du Professeur Leriche.

Plusieurs chiffres de la lettre du Professeur Balthazard sont à retenir. L'effectif des médecins était de 16.815 en 1900 ; de 27.500 en 1930 (mais la population de la France avait passé de 38.442.660 habitants à 40.743.000, grâce à l'apport en 1918 de 1.820.000 Alsaciens-Lorrains, et à l'appoint de 880.000 naturalisés de 1918 à 1930).

Le nombre de 16.815 en 1900 correspondait à un médecin pour 2.285 habitants, ce qui n'était pas excessif. Par contre le taux de 27.500 médecins a constitué une dangereuse pléthore. Cette pléthore coïncida avec un développement rapide de l'immoralité. On constata une recrudescence du charlatanisme, des avortements, du compérage. Il y eut même un scandale d'opérations chirurgicales simulées. Certes, il est triste d'être obligé de rappeler ces faits. Ils montrent cependant qu'il est périlleux de ne pas établir un rapport entre le nombre des médecins et la possibilité pour eux de gagner honorablement leur vie.

Quel est le nombre des médecins qui, en France, peuvent vivre de leur profession?

Les ministres de l'Education Nationale et de la Santé Publique vont être appelés à fixer chaque année le nombre des étudiants à admettre en première année de médecine. Une solution de ce problème difficile serait donnée en déterminant les besoins de la population en médecins.

Voici quelques indications : avant 1914, lorsqu'il y avait 16.815 médecins, ceux-ci faisaient un chiffre d'affaires variant de 6.000 francs or à 18.000 francs or par an.

Ce chiffre concerne des praticiens de médecine générale de province. Je ne parle pas des chirurgiens et spécialistes ni des praticiens des

grandes villes où les honoraires étaient plus élevés et plus variés. Souvent aussi très inégaux.

Notons qu'à la même époque le traitement d'un sous-préfet de 3e classe était de 6.000 francs et celui d'un préfet de la même classe de 18.000 francs. Il s'agit toujours de francs or. Ce parallèle montre que les revenus des médecins leur permettait une honnête moyenne de vie. Si, à cette époque, il y avait eu 27.500 médecins, on admet que leurs revenus auraient diminué de près de moitié.

Le coût de la vie en 1943 étant environ dix fois plus élevé qu'en 1914, il faut compter que les revenus des 16.815 confrères devraient atteindre actuellement de 60 à 180.000 francs.

Avec les 40.000 médecins qu'annonce l'afflux actuel des étudiants, que deviendrait ce chiffre d'affaires ? Nous vous faisons grâce des calculs bien simples qui montrent que le chiffre d'affaires de 60.000 francs tomberait environ à 25.000 francs, celui de 180.000 à environ 75.000.

Certains objectent que les malades se font beaucoup plus soigner qu'en 1914. Mais ils oublient que trop de malades se soignent eux-mêmes en appelant le médecin le moins possible.

Revenons à la réalité. Ceux qui établiront les effectifs médicaux devront avoir présent à l'esprit la question des revenus professionnels et admettre que le nombre de 20.000 médecins serait une moyenne raisonnable entre les chiffres de 1914 et ceux de 1930.

L'apport nouveau apporté chaque année par les jeunes docteurs doit compenser et non excéder la diminution constatée tous les ans dans le corps médical par suite de décès ou de retraite. Il serait dangereux d'aller plus loin.

Maurice Mordagne.

P.-S. — Il y a cette année à Paris 1.200 étudiants du P. C. B. et l'on estime que, selon la coutume, 200 inscrits ne se présenteront pas à l'examen, le diplôme ne les intéressant pas. Ceci ramène l'effectif réel à 1.000 étudiants au lieu des 800 élèves des années précédentes.

Ainsi donc, comme dit le professeur Balthazard, et attendu qu'en cours d'études beaucoup de ces jeunes gens changeront de voie, la pléthore médicale ne sera guère aggravée cette année. Du reste le président de l'Académie de Médecine envisage de nouveaux débouchés pour permettre d'utiliser au mieux la surproduction actuelle de médecins. Il estime que beaucoup d'entre eux trouveront des postes avantageux dans l'industrie (médecins d'usine) et dans l'Empire colonial, reconstitué nous voulons l'espérer.

M. M.

LIVRES NOUVEAUX

Le poumon (structures et mécanismes à l'état normal et pathologique), par A. Policard, professeur à la Faculté de Médecine de Lyon, directeur de laboratoire à l'Ecole des Hautes Etudes. Un volume de 314 pages avec 31 figures. Prix : 55 francs. Masson et Cie, éditeurs.

Cet ouvrage est consacré à l'exposé de ce que nous savons et pensons aujourd'hui des divers tissus qui entrent dans la composition du poumon, de leurs structures, des mécanismes de leurs fonctionnements particuliers, de leurs réactions pathologiques.

Dans la physiologie du poumon, deux points de vue distincts peuvent être considérés. On peut étudier la fonction pulmonaire proprement dite, l'échange de gaz qui se déroule dans la paroi des alvéoles, ce que fait la physiologie. On peut aussi envisager la façon dont la machine pulmonaire et ses divers rouages se comportent en cette affaire ; les mécanismes, ce qui est le domaine de l'histophysiologie.

Or, c'est cette histophysiologie qui intéresse tout spécialement le médecin. Les processus pathologiques se déroulent, surtout dans le plan des tissus. Pour saisir la suite des évolutions pathologiques, ce sont les « tissus pulmonaires », les rouages de la machine que le pathologiste devra étudier. Ce qu'il a besoin de connaître, c'est la disposition, la construction et le mode de fonctionnement de la machine pulmonaire, aussi bien à l'état normal qu'à l'état pathologique, quand des processus anormaux ont perturbé sa marche.

Prenant comme base de description ce que montre un poumon adulte, l'auteur étudie séparément les deux parties très différentes de ce poumon :

1° Le parenchyme alvéolaire, c'est-à-dire le tissu aéré du poumon qui constitue le centre fonctionnel du poumon.

2° Le squelette fibreux du poumon formé par des travées et des cloisons conjonctives qui contiennent les bronches et les vaisseaux.

Comme on pourra s'en convaincre après la lecture de ce livre, l'histophysiologie pulmonaire est encore fort mal connue. Cela tient aux difficultés de son étude. Maintenu caché dans la cavité thoracique, le poumon ne peut être pratiquement soumis à l'expérimentation qu'après perturbation du mécanisme pleural, c'est-à-dire qu'à l'état collabé. Un poumon hors du thorax n'est plus un poumon normal.

Pour le médecin qui veut comprendre le « comment » des troubles qu'il observe, cette étude histophysiologique est d'un intérêt capital.

Hormones et vitamines, élixirs de vie, par le Dr Heinz Graupner (traduction du Dr Cornélius), un vol., 30 francs. Flammarion éditeur, Paris.

Ce livre, dans lequel l'auteur a voulu se mettre à la portée de tous, est destiné au grand public. Les médecins y trouveront cependant des faits intéressants et des rappels historiques curieux. Un petit lexique des hormones et un petit A B C des vitamines ajoutent à la clarté de l'ouvrage dont la lecture est facile et toujours attrayante.

Comprenons nos gosses. — Psychologie pratique à l'usage des cheftaines et chefs des mouvements scouts et similaires. Publications du Centre scout de spychologie. Un vol. in-8° de 359 pages. Amédée Legrand, éditeur, Paris.

Ce livre avait été écrit en août 1939. Les événements ont retardé sa publication. Il était destiné aux groupements existant alors. Ces groupements ont pu changer de nom, l'essentiel demeure. Il existe toujours des enfants et des maîtres pour les diriger. C'est à ceux-ci que ce livre s'adresse. On y trouvera exposées très clairement toutes les anomalies qui peuvent se rencontrer au cours du développement de l'enfant.

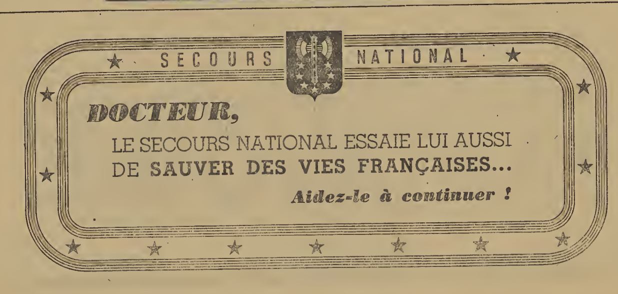
Les problèmes qui se posent tous les jours sont éclairés avec beaucoup de méthode : Apprendre à connaître les enfants, à les apprivoiser, à les diriger n'intéresse pas seulement les maîtres mais aussi les parents. C'est dire que ce livre s'adresse aussi aux jeunes mamans. Il leur évitera bien des heurts avec les enfants difficiles. Nous ne saurions trop recommander la lecture de cet intéressant volume.

Technique du Traitement de la Psychasthénie par la Méthode Vittoz, par le Dr George Montandon. Un volume petit in-8° de 76 pages avec 62 figures. Prix : 20 francs. — J.-B. Baillère et Fils, éditeurs.

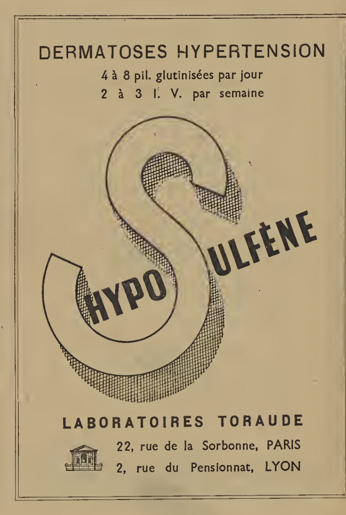
Renseignements

Mme Brosseron, 12, rue d'Assas, Paris (6e), désir. pl. chez doct. âgé pour tenir intér. Pour tous rens. s'adr. M. Loiseau (même ad.).

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.
Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (Autorisation n° 83)




RHINAMIDE
CHIMIOTHÉRAPIE
sulfamidée locale des infections bactériennes, aiguës et chroniques du
RHINO-PHARYNX
CORYZAS — RHINITES
ADÉNOIDITES — GRIPPE
RÉACTIONS SINUSIENNES
PROPHYLAXIE ET TRAITEMENT
DES INFECTIONS ÉPIDÉMIQUES
en
instillations et pulvérisations fréquentes
Laboratoires A. BAILLY (SPEBA)
15, r. de Rome et r. du Rocher, 15 - PARIS-8e
P E S B A
A-BAILLY


DERMATOSES HYPERTENSION
4 à 8 pil. glutinisées par jour
2 à 3 I. V. par semaine
HYPO SULFÈNE
LABORATOIRES TORAUDE
22, rue de la Sorbonne, PARIS
2, rue du Pensionnat, LYON

N° 5. — 1er MARS 1943 116e ANNEE Ce numéro : 2 francs.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT. Un an : France et Colonies, 75 fr. Etudiants, 40 fr. Etranger : 1re zone, 110 fr., 2e zone, 125 fr. Chèques postaux : Paris 2538-76

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

POUR NOS ABONNÉS DE LA ZONE NON OCCUPÉE, adresser renouvellements et toutes communications aux Messageries Hachette, 12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône) *Chèques postaux : Lyon 218* (Service *Gazette des Hôpitaux*)

Bi-hebdomadaire paraissant provisoirement deux fois par mois

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris

Concours d'assistants en chirurgie. — Ont été déclarés admissibles : MM. les Drs Huguier, 30 ; Lance, 29 ; Monsaingeon, 29 ; Verne, 29 ; Guenin, 29 ; Neyraud, 29 ; Champeau, 29 ; Laurance, 29 ; Olivier, 28 ; Denoix, 28 ; Coldefy, 28 ; Nardi, 28 ; Judet, 27 ; Le Roy, 27 ; Monod, 26 ; Thomeret, 26 ; Lascaux, 26 ; Barcat, 25.

Assistants d'électro-radiologie. — Sont nommés assistants d'électro-radiologie des Hôpitaux de Paris (nouvelle formule) pour prendre rang à compter du 1er février 1943, les candidats au concours d'électro-radiologiste des hôpitaux dont les noms suivent qui étaient titulaires de deux ou d'une admissibilité aux termes de l'ancienne réglementation et qui ne sont pas forclos aux termes de l'article 219 du Règlement général sur le Service de Santé des Hôpitaux et Hospices civils de Paris :

Mme le Dr de Leeuw (Juliette) ; MM. les Drs Frain (Charles-Pierre) ; Lefebvre (Jacques) ; Liquier (André) ; Salaun (Olivier) ; Monmignaut (François-Guy).

Mme le Dr de Leeuw, MM. les Drs Lefebvre, Liquier, Salaun et Monmignaut pourront participer aux concours d'électro-radiologiste des hôpitaux pendant cinq années consécutives à compter du 1er janvier 1943.

M. le Dr Frain étant actuellement prisonnier sa situation fera l'objet de dispositions spéciales à son retour.

Concours de l'Internat en Médecine de 1943 (épreuves orales). — Séance du 9 février 1943. — MM. Sors, 23 ; Mme Demassieux, 20 ; Bouygues, 22 ; Jacquemin, 14 ; Chadoutaud, 19 ; Braillon, 13 ; Stevenin, 14 ; Missonnier, 13 ; Nebout, 19 ; Bourdy, 12.

Questions sorties : Symptômes et diagnostic de la maladie de Parkinson ; Symptômes, diagnostic et traitement des pyélonéphrites gravidiques.

Séance du 10 février 1943. — MM. Smagghe, 15 ; Cambessedès, 18 ; Naudin, 17 ; Mlle Granier, 25 ; Dessertenne, 20 ; Borniche, 20 ; Berger, 23 ; Faurel, 22 ; Gayno, 16.

Questions sorties : Symptômes et diagnostic de la maladie bronzée d'Addison ; Hémothorax traumatique.

Séance du 11 février 1943. — MM. Richard, 18 ; Dubois (Jean-Cl.), 18 ; Chardin, 18 ; Chevrolle, 13 ; Lallemand, 21 ; Tournier, 22 ; Pellot, 18 ; Mathey, 24 ; Combet, 22.

Questions sorties. — Complications pleurales de la pneumonie ; Adénites tuberculeuses du cou (symptômes et diagnostic).

Séance du 15 février 1943. — MM. Cazes, 17 ; Poirier, 17 ; Mlle Cousin, 25 ; Torre, 21 ; Taptas, 20 ; Boissière, 15 ; Chapuis (Jean), 23,5 ; Guéraud, 14 ; Mlle Larmoyez, 16.

Questions sorties : Mal perforant plantaire ; Symptômes et diagnostic de l'ostéomyélite aiguë de l'extrémité inférieure du fémur.

Séance du 16 février 1943. — MM. Feffer, 22 ; Mercadier, 23 ; Parrot, 13 ; Salgé, 18 ; Delagarde, 17 ; Forest, 18 ; Brault, 14 ; Sichère, 13 ; Treps 15 ; Chapuis (Gilbert), 13 ; Guinard (Pierre), 17.

Questions sorties : Hémorragies intestinales de la fièvre typhoïde ; Diagnostic des métrorragies après la ménopause.

Séance du 17 février 1943. — MM. Blondé, 17 ; Hiverlet, 19 ; Desvignes, 19 ; Chambraud, 13 ; Caldier, 26 ; Koupernik, 21 ; Roujeau, 13 ; Carraud, 17 ; Chapelet, 18 ; Buhot, 17 ; Bour, 16 ; Le Tan Vinh, 28.

Questions sorties : Complications du rétrécissement mitral ; Anthrax de la face.

Séance du 18 février. — Mlle Savaton, 20 ; MM. Bouttier, 22 ; Hourtoulle, 15 ; Picard, 17 ; Canivet, 21 ; Le Bourg, 14 ; Queneau, 26 ; Poncet, 23 ; Rousseau, 20 ; Toupet, 21 ; Cousin, 17 ; Tixier, 25.

Questions sorties : Signes et diagnostic de la maladie de Basedow ; Symptômes, diagnostic et traitement de l'anévrysme artériel poplité.

Séance supplémentaire du 19 février 1943 pour départager les deux premiers candidats, MM. Poncet, 28,8, Ryckewaert, 29.

Questions sorties : Erythème noueux. Complications des brûlures étendues.

Faculté de Médecine de Paris

Leçon inaugurale. — M. Etienne Chabrol, professeur de pathologie médicale, fera sa leçon inaugurale le mercredi 10 mars 1943, à 18 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté.

Avis très important. — Suivant propositions du Conseil de la Faculté, et par décision de M. le Recteur en date du 10 février 1943, MM. les Etudiants en médecine de 5e année (ancien régime ou dispensés de la 6e année par arrêté du 4 octobre 1941 et 6e année (nouveau régime), bénéficiaires du décret du 28 août 1942 (*Journal Officiel* du 3 septembre), sont autorisés à terminer leurs études médicales y compris la soutenance de thèse avant les grandes vacances 1943.

En conséquence, les mesures suivantes sont prises en faveur des intéressés :

1° Les étudiants de 5e année pourront subir les examens de fin d'année courant mars, sous réserve bien entendu d'avoir, au préalable, validé leurs travaux pratiques. Dès réception aux examens, ils seront autorisés à consigner cumulativement aux examens de clinique en justifiant avant l'examen d'au moins quatre mois de stages ou de fonctions d'interne ou d'externe. De même ils pourront déposer en vue du permis d'imprimer, leur manuscrit de thèse.

Toutefois, les étudiants déjà dispensés de la 6e année d'études, en application de l'arrêté du 4 octobre 1941, ne pourront bénéficier des mesures ci-dessus que s'ils ont perdu au moins trois années d'études. Cette condition de retard d'études est réduite à deux ans pour les prisonniers ou blessés de guerre remplissant les conditions des paragraphes 1 et 2 de l'article 1er du décret du 28 août 1942 (plus de six mois de captivité ou d'hospitalisation) après le 25 juin 1940).

2° Les étudiants de 6e année pourront, dès maintenant, consigner cumulativement en vue des examens de clinique. Ils pourront aussi déposer dès maintenant, en vue du permis d'imprimer, leur manuscrit de thèse.

En vue de bénéficier des mesures ci-dessus, les intéressés devront en formuler la demande par lettre à M. le Doyen en y joignant, si ce n'est pas déjà fait, une copie légalisée de leurs titres militaires, notamment : date de mobilisation, date de captivité, date de libération ou de démobilisation.

Les thèses de doctorat des prisonniers. — Un décret n° 127 du 4 février 1943 (*J. O.*, 9 février 1943) est relatif aux thèses des prisonniers candidats à un doctorat d'Etat ou à un doctorat d'université. Ces candidats pourront être dispensés de la soutenance de la thèse en déposant quatre exemplaires dactylographiés à la Faculté. La réunion du jury aura lieu dans un délai de trois mois à partir du jour du dépôt de ces exemplaires. Si le candidat est encore en captivité ou s'il est rapatrié depuis moins d'un mois au moment de cette réunion, le jury pourra, après délibération, lui conférer le grade de docteur.

La limitation des étudiants en Médecine. — Le *Journal Officiel* du 16 février 1943 publie le décret du 4 février 1943 relatif aux mesures

transitoires prévues par la loi du 19 octobre 1942, instituant la limitation du nombre des étudiants en Médecine.

L'article 1er est ainsi conçu : « Dans un délai d'un mois à dater de la publication du présent décret, les aspirants au certificat d'études physiques, chimiques et biologiques qui sont candidats à la première inscription en vue du doctorat en Médecine doivent en faire la déclaration au secrétariat de la Faculté des Sciences ou de l'Ecole de Médecine où ils suivent l'enseignement préparatoire des sciences physiques, chimiques et biologiques »

L'article 2 dispose que le recteur arrête, avant l'ouverture des inscriptions, au début de l'année scolaire 1943-1944, la liste des étudiants admis à prendre leur première inscription de médecine, en suivant le classement résultant des points obtenus à l'examen du certificat d'études P. C. B.

A la même époque, le recteur arrête la liste des étudiants admis à s'inscrire en vue de la deuxième année de médecine, en suivant le classement des points obtenus aux examens de première année.

Peuvent seuls figurer sur les listes les candidats ayant obtenu la moitié du maximum des points.

Les articles suivants ont trait aux épreuves de ces examens, aux dispositions spéciales entraînées par la guerre, aux dispositions concernant les prisonniers.

Les dispositions de la loi du 19 octobre 1942 sont applicables aux établissements libres d'enseignement supérieur.

Facultés de Province

Bordeaux. — M. Rivière, agrégé, est nommé à titre provisoire, à dater du 1er janvier 1943, professeur de la chaire de clinique d'accouchement en remplacement de M. Andérodias, retraité.

Toulouse. — La chaire d'hydrologie thérapeutique et climatologie est déclarée vacante (dernier titulaire, M. Roques, transféré dans une autre chaire).

Marseille. — M. Roux, chef des travaux de physique biologique est chargé provisoirement des fonctions d'agrégé.

Ecoles de Médecine

Clermont-Ferrand. — MM, Castaigne, directeur honoraire, professeur de clinique médicale, et M. Mornac, professeur d'hygiène et bactériologie, ont été nommés professeurs honoraires.

Académie de Médecine. — Prix Albert Ier de Monaco. — Dans sa séance du 23 février 1943, l'Académie, en comité secret, a décerné le prix Albert Ier de Monaco 1943 (100.000 francs) à M. le Dr André Thomas (de Paris) pour l'ensemble de ses travaux.

Le sujet choisi par l'Académie était : le Cervelet.

Santé publique

Conseil Supérieur de l'Assistance de France. — M. Coste, médecin des Hôpitaux de Paris, est nommé membre du Conseil. Il fera partie de la troisième section spéciale : vieillards, infirmes et incurables, maisons de retraite.

L'exercice de la profession de masseur. — Une loi du 15 janvier 1943 (*J. O.*, 11 février 1943) est relative à la profession de masseur. Nul ne pourra porter en France le titre de masseur médical ou de masseur diplômé s'il n'est de nationalité française et muni d'un des brevets de capacité professionnelle institués par le décret du 22 juin 1922

La loi prévoit l'enregistrement du diplôme et réprime l'exercice illégal.

Les dispensaires antituberculeux. — Le *Journal Officiel* du 14 février 1943 publie la loi n° 36 du 1er février 1943 relative à la réorganisation et au rôle des dispensaires antituberculeux.

Voir la suite des Informations page 76

MILHIT (1)

Après une matinée passée à l'hôpital et terminée, comme à l'habitude, par une conversation familière avec ses élèves, au cours de sa consultation de l'après-midi, notre collègue Milhit succombait brusquement, samedi dernier, dans les bras d'une vieille domestique qui lui était profondément dévouée. Cette fin mettait un terme subit à une vie dont les dernières années avaient été marquées du sceau de la douleur physique, supportée sans plainte et sans faiblesse.

Jules Milhit était âgé de 62 ans. Il avait été reçu à l'internat, en 1905, le quatrième de sa promotion. Il eut alors pour maîtres Caussade, André Petit, Chantemesse, Milian, Balzer, Hutinel, Nobécourt. C'est auprès d'Hutinel qu'il prit le goût de la médecine infantile, à laquelle il se consacra par la suite d'une manière presque exclusive. Il fut nommé médecin des hôpitaux en 1921, dans la même promotion que nos collègues Gougerot et Troisier. Pendant plusieurs années, il assura, comme médecin du Bureau Central, la consultation de l'hôpital Bretonneau, puis fut chef de service à Ivry, à la Maison Dubois, à Tenon, et revint enfin dans les hôpitaux d'enfants, à Hérold, puis à Bretonneau.

Milhit a marqué son activité scientifique dans de nombreux domaines. Depuis sa thèse, inspirée par Chantemesse, et soutenue en 1905, sur les Opsonines (Etude physico-chimique et biologique, — les Opsonines dans la fièvre typhoïde), il écrivit l'article « Diphtérie » dans le *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée*, l'article « Grippe » dans le *Traité de médecine des enfants* ; il fit un certain nombre de communications sur des sujets divers, tels que : poly-radiculo-névrite avec œdème suraigu du poumon guéri par l'atropine, et paralysie respiratoire guérie par un séjour dans le poumon d'acier, — myélite aiguë transverse guérie par le traitement sulfamidé, — maturité sexuelle précoce, spirochétose rénale, leucoses, méningite cérébro-spinale du nourrisson, variole, etc. Il intervenait souvent dans les discussions, toujours avec une grande courtoisie et un sens clinique très avisé, à notre Société et à la Société de Pédiatrie, dont il suivait assidûment les séances.

A la vérité, Milhit n'aimait pas beaucoup écrire ; et ce qu'il faut surtout connaître de lui, c'est le médecin et l'homme de cœur.

Médecin, et médecin d'enfants, il l'était au sens le plus complet et le meilleur du mot. A l'hôpital, dans sa clientèle ou dans les écoles qu'il inspectait, il savait se faire aimer de ses petits malades comme il les aimait lui-même, et acquérait vite leur confiance totale. Il fallait le voir faire sa visite, s'arrêter chaque jour à chaque lit, déployer sa finesse d'observation, mettre en valeur tel petit signe qui avait passé souvent inaperçu de tous et dont il montrait l'importance pour le diagnostic, redresser les erreurs de ses élèves. C'est ainsi que simplement, sans phrases, par l'exemple d'un examen impeccable et toujours pratiqué avec la plus grande douceur, et aussi par l'évocation des souvenirs dont il émaillait ses causeries, Milhit donnait un admirable enseignement clinique. Il n'ignorait rien des ressources du laboratoire et savait les utiliser, mais aussi les contrôler et les discuter, tenant à édifier son jugement surtout sur les éléments fournis par le contact direct avec le malade.

Partout il attirait l'affection. Il avait celle de ses maîtres, je sais aussi combien il leur demeurait attaché, et je suis le témoin de sa touchante fidélité au souvenir de l'un d'eux qui m'était cher à d'autres titres. Une véritable amitié réciproque s'établissait entre ses élèves et lui, et j'ai connu ses angoisses lorsqu'il eut à soigner l'une de ses internes atteinte d'une scarlatine grave. Mais j'ai vu aussi, au lendemain de sa mort, la désolation, le désarroi qui régnaient à l'hôpital Bretonneau, non seulement dans son service et parmi ses collègues, mais aussi parmi tout le personnel infirmier et administratif ; car tous connaissaient son cœur, et savaient que ce n'était jamais en vain qu'on s'adressait à lui.

Sa santé déjà fragile ne lui avait pas permis d'être mobilisé pendant la guerre 1914-1918 ; mais il montra sa fermeté d'âme lorsque, une nuit, alors que Paris était bombardé par une pièce à longue portée, il apprit qu'un obus était tombé sur l'hôpital Claude-Bernard dont il assurait l'un des services ; il s'y rendit aussitôt par des moyens de fortune, pour se trouver au milieu de ses malades.

Cette fermeté d'âme, il la montra plus encore peut-être dans l'accomplissement de son devoir quotidien. Depuis longtemps déjà il souffrait d'une bronchite chronique ; dans ces dernières années étaient survenues des douleurs dans la jambe, exacerbées par chaque mouvement ; puis une rachialgie, des troubles gastriques, lui rendaient encore la vie plus pénible. Lorsque nous voyions ce petit homme, un cache-nez autour du cou dès que le temps fraîchissait, se diriger à pas menus vers l'hôpital, appuyé sur une canne ou sur un parapluie, et arriver souriant d'un sourire un peu triste, mais toujours si bon, ne se plaignant pas, mais soucieux seulement de remplir son devoir sans défaillance, nous qui savions ce que lui coûtait cet effort chaque jour renouvelé, nous admirions son courage si simple, et notre affection pour lui se faisait à la fois respectueuse et plus tendre. Il arrivait un peu essoufflé, traînant un peu la jambe, et se reposait avant de commencer sa visite. Là, dans le cabinet de la surveillante, c'était une conversation intime avec ses élèves ; il s'enquérait de leurs soucis d'avenir, les conseillait, apprenait à les mieux connaître. Avant de quitter l'hôpital, il reprenait pendant quelques moments cette causerie. Ainsi une véritable vie familiale se créait dans le service ; elle s'étendait même aux deux services de médecine, car nous avions presque toujours des élèves communs, et nos rencontres fréquentes étaient toujours empreintes de la plus franche amitié.

Milhit aimait à aller se reposer dans sa propriété du Puy, dont Mme Milhit et lui-même étaient originaires. Il avait là des parents et des amis, au milieu desquels il se retrouvait avec joie. Un de ses plaisirs favoris était la pêche à la ligne. Mais surtout il était heureux de partir pour Le Puy à la saison des roses ; il en possédait d'admirables spécimens, il les soignait et en était justement fier. Depuis 1940, des nécessités matérielles impérieuses avaient obligé Mme Milhit à demeurer au Puy, alors que le devoir professionnel le retenait à Paris ; cette séparation d'un ménage tendrement uni avait assombri ses dernières années ; il demandait à la lecture une consolation à sa solitude. Mais je sais quel bonheur fut le sien lorsqu'il put retourner au Puy et revivre d'une vie de famille pendant quelques semaines dans ce pays qu'il aimait. Il y était en octobre dernier. Mme Milhit ne pouvait penser que son départ marquait la séparation suprême. Nous savons combien profonde est sa douleur. Puisse la pensée que de très nombreux et fidèles amis partagent sa peine, puisse la résignation chrétienne lui apporter quelque apaisement. Pour nous, nous garderons le souvenir du pédiatre éminent, du clinicien très fin, de l'homme simple, bon et courageux, que fut notre collègue Milhit.

H. Grenet.

(1) Eloge prononcé le 12 février 1943 à la Société médicale des hôpitaux, par M. Grenet, président.



LE PROBLÈME DE LA VASO-DILATATION

VU DU POINT DE VUE CHIRURGICAL (1)

Par M. René Leriche

La question des vaso-dilatateurs n'est pas que spéculative. Elle intéresse beaucoup la thérapeutique chirurgicale, en ce sens qu'actuellement nous ne savons provoquer chirurgicalement de la vaso-dilatation qu'en sectionnant les vasco-constricteurs et que nous ne savons pas produire de la vaso-constriction.

Le schéma classique était simple, calqué sur celui des vaso-constricteurs.

Pour Dastre et Morat, les vaso-dilatateurs issus de la moelle sortaient avec les racines antérieures et suivaient la voie sympathique. Ils étaient mélangés aux vaso-constricteurs jusqu'à la périphérie. Leur action se consommait dans les ganglions. Elle était d'inhibition. Le nerf d'arrêt ne s'adressait ni aux muscles du vaisseau, ni aux tissus voisins directement. Le phénomène était d'interférence intraganglionnaire.

Aujourd'hui, tout est changé. Les vaso-dilatateurs sortent par les racines postérieures. Leur centre trophique est dans le ganglion spinal. Mais il ne s'agit pas d'éléments spéciaux, de fibres motrices mélangées aux fibres sensitives. L'action vaso-dilatatrice appartient aux fibres sensitives elles-mêmes, par conduction antidromique, suivant les idées de Bayliss.

Il est bien certain que l'excitation électrique ou mécanique des racines postérieures produit chez le chien une réponse vaso-dilatatrice que ne donne pas l'excitation des racines antérieures.

Et chez l'homme, Fœrster, au cours de laminectomies, en excitant chez l'homme les racines postérieures, a vu apparaître de l'hyperhémie cutanée.

Mais, malgré cela, la question demeure en suspens. Les uns prétendent qu'il s'agit de fibres centrifuges spéciales, et Parrot (1942) a récemment repris cette hypothèse, soutenue déjà par Ken Kuré, par Sheehan et par Fœrster.

Lucien Wybauw, récemment (1938), a repris toute la question expérimentalement et conclut dans le sens de Bayliss, c'est-à-dire à un réflexe axonique.

Il y a cependant des faits qui ne sont pas en faveur de cette hypothèse, car ce n'est encore qu'une hypothèse. D'abord celui, mis en évidence par Dale, que l'adrénaline, quand les terminaisons sympathiques sont paralysées, entraîne une vaso-dilatation au lieu d'une vaso-constriction. On y voit souvent la preuve de l'existence de fibres vaso-dilatatrices périphériques. Je me demande s'il ne faut pas voir les choses autrement. J'ai déjà indiqué ce que j'avais maintes fois observé : chez des malades atteints de troubles vaso-constrictifs du type Raynaud, le bain chaud produit de la vaso-constriction et non plus de la vaso-dilatation, comme si les fibres dites vaso-constrictives, dans certaines conditions que nous ne savons pas préciser, étaient capables de répondre en sens inverse de la normale, comme si c'était l'état momentané du récepteur qui fixait le sens de la réaction.

Autre fait : quand un nerf est coupé depuis longtemps, le sciatique par exemple, si l'on recoupe le bout supérieur, l'extrémité qui est froide se réchauffe.

Encore un fait que j'ai plusieurs fois constaté après section des racines postérieures : au bout d'un certain temps (quelques mois), la vaso-dilatation est possible aux extrémités, alors qu'elle devrait être paralysée.

Le fait suivant le montre de façon assez objective :

Observ. — *Vaso-dilatation active provoquée dans un membre privé de toute innervation sensitive depuis 7 ans.* — J. H., est vu le 11 août 1935, pour un arrachement du plexus brachial gauche, consécutif à un accident de bicyclette datant du 5. Le bras est complètement inerte. La paralysie du membre supérieur est totale, ainsi que l'anesthésie. Il y a un syndrome oculo-pupillaire. La douleur est violente dans tout le bras. Le gonflement du cou et de l'espace sus-claviculaire est énorme. Je vérifie l'état des racines huit jours après l'accident. J'évacue d'abord une abondante collection de liquide céphalo-rachidien, qui tend à se refaire par les trous de conjugaison béants. Les racines sont rompues. Les bouts supérieurs sont rentrés dans le rachis. Les bouts périphériques sont très éloignés, rétractés presqu'au ras de la clavicule. Toute possibilité de réparation est impossible. Je referme sans avoir rien pu faire d'utile. Guérison opératoire sans incident. Le malade est suivi régulièrement pendant cinq ans. Il n'y a aucune récupération motrice. L'atrophie est totale. L'anesthésie absolue. Le malade souffre souvent, surtout lors du travail cérébral, même au moment d'une simple lecture de distraction.

En mars 1942, donc près de sept ans après l'accident, il est revu pour les douleurs qui persistent inchangées. Elles siègent dans le bras et l'avant-bras sous la forme de fourmillements, comme dans un membre engourdi. Je suis par instant, dit J. H., comme un amputé qui souffre de son membre absent.

L'examen montre une atrophie musculaire totale. Le bras et l'avant-bras sont décharnés. La main est plate, sans relief, sans mouvement. Les doigts sont fléchis dans la première phalange.

La peau est froide, blanche, marmoréenne, avec une sudation abondante et une sécrétion sébacée jaunâtre, d'odeur fade. Elle est épaissie, rugueuse. Les ongles poussent irrégulièrement et sont striés. L'insensibilité est complète à la main et au poignet. A l'avant-bras, il existe une bande longitudinale à jonction de la face interne et de la face externe où l'effleurement, non perçu, déclenche des picotements douloureux, « comme l'effet d'une pile usée », au tiers moyen du bras. Sur le bord cubital, le frôlement du coton est perçu à peine comme un fourmillement douloureux. La sensibilité ne devient normale qu'au bras et à la face interne. Il y a sur la face externe une véritable hyperpathie.

La piqûre donne des renseignements analogues. Sur le bord radial, elle provoque, sans être perçue, une douleur en courant électrique qui est sentie dans le creux susclaviculaire et sur la tête humérale. Sur le bord cubital, elle est très douloureuse jusqu'au coude. Entre les deux bandes, l'anesthésie est absolue.

Le malade n'a aucune notion de l'existence de son avant-bras et de sa main. Il ne perçoit ni le chaud, ni le froid. Il n'a aucune notion de sa position.

Il en souffre lors du travail cérébral, et lorsqu'on heurte le coude une douleur apparaît sur une étroite bande cubitale.

L'anesthésie est absolue, sauf projection douloureuse à distance de la piqûre non perçue comme sensation.

Il est donc vraisemblable qu'il persiste quelques éléments d'innervation sensitive, dans le territoire du musculo-cutané, mais de topographie difficile à impréciser, qu'on ne saurait dire radiculaire.

Les oscillations sont très amples. L'indice est plus grand que normalement à droite et très au-dessous de la normale à gauche.

Voici les chiffres :

	Bras gauche (paralysé)	Bras droit (sain)
25		1/2
24		1/2
23		3/4
22		1
21		1
20		1
19		1,5
18		1,5
17		1,5
16		2
15	1/4	3
14	1/4	4,5
13	1/2	6
12	1,5	7
11	2,5	8
10	3	8
9	3,5	7
8	1,5	4
7	0,5	3,5
6	1/4	2,5
5		1,5

Le côté paralysé est donc en vaso-constriction.

Le bain chaud ne produit aucune réaction ni à gauche, ni à droite.

Le bain froid réduit considérablement les oscillations qui, à gauche (côté malade), deviennent imperceptibles.

L'infiltration stellaire est impossible à gauche, parce que la piqûre cutanée provoque une douleur violente, insupportable (hyperpathie). Faite du côté opposé, elle n'amène aucune modification du côté malade. La piqûre de la cicatrice opératoire réduit considérablement les oscillations.

Il y a donc certainement une *hyperexcitabilité des vaso-constricteurs*, et il paraît *n'y avoir aucune réaction vaso-dilatatrice.*

Le 23 mars, je fais une injection de 3 cm³ d'acécoline dans une veine du pli du coude, côté malade, sous stase.

Dès l'introduction des premières gouttes de liquide, la main et l'avant-bras deviennent blanc d'ivoire, en même temps que le malade éprouve une douleur intense, sous forme de brûlure, qui le fait défaillir. Puis, aussitôt, en moins d'une minute, *apparaît une vaso-dilatation intense du bras, de l'avant-bras et de la main qui deviennent très rouges, chauds, et les oscillations changent du tout au tout du côté paralysé.*

Voici les chiffres :

	Avant	Après
12		1/4
11		1/2
10	1/4	1 1/2
9	1	3
8	1 1/2	3 1/2
7	1 3/4	3 1/2
6	1	2 1/2
5	1/2	1 1/2
4	1/4	1
3		1/2

Cette réaction vaso-dilatatrice dure près d'une demi-heure. Elle est suivie d'une sédation incontestable des symptômes douloureux dans les jours suivants.

Quelques jours après, on fait une artériographie au thoratrast par ponction de l'humérale. Les artères du bras sont normales comme calibre dans la mesure où l'artériographie donne l'image de l'état réel des artères. Il n'y a pas de vaso-constriction.

(1) Notes du cours de médecine du Collège de France, avril 1942.

Ainsi, chez un homme dont toutes les racines postérieures sont arrachées; dont par conséquent les fibres vaso-dilatatrices du membre supérieur sont supprimées depuis 5 ans, il persiste une possibilité de vasodilatation intense, régionale, du bras, de l'avant-bras et de la main sous l'effet d'une injection intraveineuse d'un produit vaso-dilatateur. Il persiste donc des possibilités de vaso-dilatation quand les racines postérieures n'existent plus.

Si nous raisonnons sur ce cas, unique à ma connaissance (mais l'expérience pourrait être renouvelée aisément); on doit supposer que le *réflexe vaso-dilatateur est parti de l'endothélium veineux.*

Et ceci vient à la rencontre de faits que j'ai déjà signalés. Il semble que l'excitation de l'endothélium vasculaire produise de la vaso-dilatation, celle-ci apparaissant comme un phénomène très périphérique, dans le cas particulier, sous l'aspect d'un réflexe veino-artériel.

En harmonie avec de pareils faits, je voudrais rappeler ce que je vous ai déjà indiqué : des possibilités de vaso-dilatation existent après sympathectomie périartérielle sur des membres dont les nerfs principaux ont été coupés. De même, la résection d'une artère oblitérée donne, dans ces cas, une vaso-dilatation intense de tout le réseau d'aval, et cette vasodilatation se renouvelle si, quelque temps après, on fait une nouvelle résection artérielle en aval.

La vaso-dilatation apparaît ainsi comme un phénomène périphérique.

Je ne soulèverai pas la question de son identité avec ce que produit la section des vaso-constricteurs. Je vous en ai déjà parlé. L'idée n'est pas neuve. Elle se heurte à des faits expérimentaux anciens, souvent répétés. Je n'ai pas qualité pour en discuter. Cependant je vous rappelle que la vaso-dilatation produite par la section des vaso-constricteurs est, trait pour trait, une vaso-dilatation active.

A ce titre, je voudrais vous indiquer, en terminant, que la vaso-dilatation consécutive à la section des vaso-constricteurs n'est pas partout la même suivant les niveaux des sections.

En 1936, F. Albert et P. Dumont ont vu que, la section des rameaux communicants du sympathique lombaire ayant provoqué une vaso-dilatation nette, la section entre le premier et le deuxième ganglion l'augmente notablement et qu'il y a répercussion sur le membre opposé. La section entre 2 et 3 a une action plus forte encore, celle entre 3 et 4 ou entre 4 et 5 (chez le chien) ne change rien au résultat obtenu. L'ablation de toute la chaîne a l'effet maximum.

De toutes façons, la question demeure terriblement obscure. Et je me demande si ce n'est pas finalement la multiplication des faits d'observation chirurgicale qui l'éclaircira.

Je suis, pour ma part, impressionné par ce fait qu'il n'y a pour ainsi dire pas de maladie isolée de la vaso-dilatation, sinon l'anévrysme cirsoïde qui doit devenir un objet d'étude à ce sujet, alors qu'il y a de nombreuses maladies des vaso-constricteurs et je retiens cette observation, sur laquelle j'ai déjà attiré votre attention, que, cliniquement, la vaso-dilatation est très souvent secondaire à une excitation des vasoconstricteurs.

Les deux phénomènes inverses praissent fréquemment associés. Ils ne donnent pas l'impression d'actions antagonistes et foncièrement distinctes.

CONCEPTION DE LA TUBERCULOSE HÉRÉDITAIRE

Par M. Georges D'HEUCQUEVILLE

Médecin des Hôpitaux psychiatriques (Paris)

Peut-être s'étonnera-t-on de voir un neurologiste intervenir dans le plus grave débat de la phtisiologie : l'hérédité de la tuberculose.

Mais Poincaré enseignait que parfois la lumière jaillit de rapprochements inattendus entre deux disciplines d'apparence éloignées : nous avons donc cru devoir apporter au problème de l'hérédo-tuberculose le fruit d'études neurologiques sur l'hérédo-syphilis et l'hérédo-alcoolisme, et, en général, sur la dégénérescence.

Pour la tuberculose, comme pour toutes les maladies, l'hérédité morbide se manifeste sous deux aspects : 1° hérédité semblable (tuberculeux fils de tuberculeux); 2° hérédité dissemblable (fils de tuberculeux atteints de troubles divers imputables à la tuberculose des parents).

Dans l'hérédité semblable de la tuberculose, les phtisiologues distinguent l'hérédité de *graine*, ou contagion héréditaire, et l'hérédité de *terrain* ou de prédisposition.

L'hérédité de graine dans la tuberculose

« Le phtisique naît de parents phtisiques », enseignait Hippocrate.

Trousseau assignait le rôle principal à l'hérédité dans la propagation de la tuberculose.

Et Straus professait encore, en 1895, à la Faculté : « S'il est une notion solidement établie en médecine, c'est celle de l'hérédité de la tuberculose, elle domine toute l'étiologie de la maladie ».

Depuis un demi-siècle, les expériences d'inoculation et la découverte du bacille de Koch ont établi que la tuberculose est aussi contagieuse.

Convertie sans transition à cette nouvelle doctrine, l'opinion publique des biologistes, des hygiénistes et des médecins en vient à ignorer la transmission héréditaire de la tuberculose.

La tuberculose n'en demeure pas moins un fléau avant tout familial.

Au sein de la famille, la contagion s'exerce du père et de la mère tuberculeux à l'enfant dans les premiers mois de la vie : l'enfant de tuberculeux, que n'emporte point une tuberculose aiguë, constitue son chancre d'inoculation à la base du poumon.

Aussi, parmi les œuvres de prophylaxie antituberculeuse les plus fécondes, demeure au premier rang l'Œuvre Grancher, qui isole le nourrisson du foyer familial infecté pour l'élever en milieu favorable à la campagne.

Dans nombre de cas, on a pu démontrer que la contagion avait été antérieure à la naissance.

Dans la syphilis, la mère syphilitique contamine son enfant après ou avant la naissance, selon que sa propre syphilis aura débuté après ou avant le 7e mois de la grossesse : dans ce dernier cas, la loi de Profeta enseigne que le nouveau-né ne peut plus être contaminé après la naissance, puisqu'il a déjà contracté la syphilis de sa mère à travers le placenta.

De même, la femme enceinte tuberculeuse peut infecter l'enfant qu'elle porte en lui inoculant des bacilles de Koch par voie trans-placentaire : la malade met alors au monde, soit par avortement un fœtus mort, soit à terme un enfant mort-né ou débile. Dans ces différents cas, l'autopsie de l'enfant montre des lésions tuberculeuses déterminées par le bacille de Koch inoculé : tubercules du foie, granulie, etc.

Dans certains cas d'athrepsie, cachexie rapide des nouveau-nés, survenus chez les enfants de mères tuberculeuses, on a incriminé la contagion, non par bacille de Koch sous sa forme habituelle, mais par virus filtrant.

Auguste Lumière, dans une série de travaux de puissante originalité, élargit à l'extrême le rôle de la contagion trans-placentaire par virus filtrant tuberculeux. Il admet même que le spermatozoïde paternel puisse apporter au germe le virus filtrant quand seul le père est tuberculeux : le spermatozoïde reste incapable, au contraire, de véhiculer le tréponème de la syphilis, de dimensions supérieures aux siennes.

Selon Lumière, la tuberculose, ainsi transmise par virus filtrant pendant la vie embryonnaire, évoluerait vers la tuberculose pulmonaire chronique. Et la contagion, après la naissance, ne transmettrait plus qu'une tuberculose inapte à revêtir cette forme commune : c'est revenir à la phtisie héréditaire des anciens.

L'hérédité de terrain dans la tuberculose

Si la plupart des phtisiologues contestent ce mécanisme de l'hérédité de graine, ils s'accordent à admettre l'hérédité de terrain dans la tuberculose.

Pareille concession suffit à rétablir la doctrine ancienne de la phtisie héréditaire.

Dans les villes, en effet, l'immense majorité des enfants sont contaminés à l'âge scolaire, de sorte que 95 % des adultes présentent une cuti-réaction positive à la tuberculine. Or, seuls deviennent tuberculeux les enfants affectés d'un terrain favorable à l'évolution du mal, soit, les conditions de vie différant peu dans l'ensemble, d'une prédisposition héritée de leurs parents : deviennent seuls tuberculeux les enfants de familles tuberculeuses, séparés ou non de ces familles.

Grunberg, après enquête portant sur 2.000 enfants étudiés en dispensaire, ne constate presque jamais de tuberculose clinique chez les enfants de parents non tuberculeux, alors que 40 % de ces enfants présentent une cuti-réaction positive. Il relève, en revanche, des manifestations tuberculeuses chez 33 % des sujets dont l'un des père et mère est tuberculeux, et 40 % chez ceux dont les parents sont tuberculeux tous deux : la contagion ne suffit plus à expliquer ces chiffres, puisque, quand l'auteur tuberculeux présente seulement un antécédent lointain ou cicatrisé comme une pleurésie séro-fibrineuse, 25 % des enfants encore montre une tuberculose active.

Dans chaque famille, le risque de contagion étant égal pour tous les frères et sœurs, seul son terrain héréditaire semble désigner chacun d'eux à la phtisie. Hutinel rapporte que, dans une famille de parents sains et d'enfants légitimes sains, seul devint tuberculeux le fruit de l'adultère de la mère avec un amant tuberculeux.

Ce terrain favorable à la tuberculose fait partie du patrimoine biologique héréditaire : il est inscrit dans le *germen* et dans la chromatine de toutes les cellules de l'organisme, et comprendrait les divers signes de prédisposition signalés à la tuberculose comme le « blond vénitien ».

Les observations de jumeaux uni-ovulaires tuberculeux en apportent la preuve. Verschuer et Diehl, étudiant 75 paires de jumeaux dont 19 uni-ovulaires, ont constaté la concordance des atteintes tuberculeuses chez plus des 2/3 de ces dernières, et la discordance chez plus des 2/3 des paires bi-ovulaires.

L'hérédité dissemblable dans la tuberculose

Le terrain tuberculeux n'échoit pas aux seuls fils de tuberculeux : la syphilis des parents favorise la constitution chez l'enfant de la scrofule et l'alcoolisme des parents les prédispose à la phtisie.

Le terrain tuberculeux peut donc résulter d'une hérédité dissemblable chez les hérédo-syphilitiques et les hérédo-alcooliques. Il semble transmis comme les autres dystrophies, qui frappent les enfants des malades chroniques, c'est-à-dire les stigmates et accidents des dégénérés.

D'autre part, Grancher, animateur de la lutte contre la contagion tuberculeuse, considérait la tuberculose comme une cause fréquente de dégénérescence.

Et Landouzy s'attacha à décrire les dystrophies hérédo-tuberculeuses.

Outre l'athrepsie des nouveau-nés de mère tuberculeuse (en dehors de la contagion hypothétique), Apert et Marfan ont signalé le rachitisme des enfants de tuberculeux.

Hippocrate avait observé le thorax allongé et les « ailes d'ange » ;

Potain et Teissier le rétrécissement mitral, Piery la chlorose et l'hyperthyroïdie des hérédo-tuberculeuses.

Les neurologistes contemporains, et l'école de Claude en particulier, ont relevé les antécédents familiaux tuberculeux des hystériques et de la plupart des déments précoces.

Vermeylen avait noté la fréquence des troubles du caractère chez les hérédo-tuberculeux. Chez les épileptiques et instables de notre service de neurologie infantile de la Villetertre, nous relevons la tuberculose dans 10 % des cas chez les parents et 8 % chez les grands-parents, soit moins d'hérédo-tuberculeux que d'hérédo-alcooliques, mais plus d'hérédo-tuberculeux que d'hérédo-syphilitiques, contrairement à l'opinion courante.

Nos malades présentent des troubles neuro-psychiques d'ailleurs assez voisins de ceux des hérédo-syphilitiques : débilité physique et mentale, retard de développement endocrinien, retard du langage, épilepsie, évolution vers la démence précoce.

Mais, outre les stigmates et accidents ci-dessus, plus ou moins spécifiques de l'hérédo-tuberculose, on retrouve chez les hérédo-tuberculeux les stigmates et accidents communs à toutes les classes de dégénérés.

Ainsi la chétivité des hérédo-tuberculeux se manifeste par la proportion excessive d'avortements, de mort-nés et d'enfants nés débiles dans la famille tuberculeuse.

Grunberg a relevé 5 % d'avortements dans les ménages sains, 11 % quand le père est tuberculeux, 15 % quand père et mère sont tuberculeux.

La voûte ogivale, les érosions dentaires, les malformations de l'oreille comme le tubercule de Darwin, les hernies et ectopies, les convulsions de l'enfance et l'incontinence nocturne s'observent chez les hérédo-tuberculeux comme chez les hérédo-alcooliques et les héréodo-syphilitiques.

Conception de la dégénérescence tuberculeuse

En 1857, Morel dégageait la première conception scientifique de la dégénérescence de ses observations de familles d'aliénés.

Selon Morel, les intoxications et infections accumulées sur la lignée déterminent sa dégénérescence progressive jusqu'à extinction totale : la tuberculose, infection chronique la plus répandue et la plus grave, constitue l'un des premiers facteurs de dégénérescence.

Morel croyait la dégénérescence progressive, irréversible et fatale : cette loi doit être aujourd'hui renversée.

Dès que cessent d'agir, en effet, les intoxications ou infections qui la provoquent, la dégénérescence s'atténue : les générations suivantes retrouveront les caractères normaux de leurs ancêtres, peu à peu, par régénérescence naturelle et spontanée.

Dans le domaine expérimental, Agnès Blubm l'a montré dans l'intoxication alcoolique des rats : observés pendant sept générations consécutives, les descendants des animaux intoxiqués, très débiles à la génération suivant l'intoxication, se régénèrent à la longue, de sorte que, dès la 4e génération, ils sont redevenus tout à fait semblables aux témoins.

En clinique, les dystrophies hérédo-syphilitiques et hérédo-alcooliques s'effacent en quatre générations : il en est de même encore pour les dystrophies hérédo-tuberculeuses, et peu d'observations mentionnent de stigmates ou accidents dégénératifs chez les petits-enfants de tuberculeux quand les parents sont demeurés sains.

La dégénérescence est donc réversible.

Elle ne détruit aucun des caractères héréditaires de la chromatine, puisque ces caractères, masqués pour un temps sous son action, réapparaissent ensuite par régénérescence naturelle et spontanée. Pas davantage, la dégénérescence ne saurait y imprimer aucune monstruosité indélébile.

Par ailleurs, la théorie de la blastotoxie, infection ou intoxication du germe, demeure impuissante à rendre compte des faits : les altérations du testicule des tuberculeux n'expliquent en rien pourquoi leurs enfants deviennent névropathes.

Enfin, la dégénérescence, progressive et réversible, ne constitue pas un phénomène de *mutation*, par essence brusque et définitif.

Comment donc concevoir la dégénérescence et, en particulier, la dégénérescence tuberculeuse ?

Nous avons émis l'hypothèse que la dégénérescence rendait récessifs certains caractères dominants à l'état normal, qui conditionnent la santé, rendant au contraire dominants des caractères morbides, récessifs à l'ordinaire dans la famille et la race.

Une inversion semblable est mise en évidence par les expériences portant sur des végétaux et sur la mouche drosophile, sous l'action de la chaleur, de l'humidité, de l'inanition.

Les facteurs de dégénérescence chez l'homme, alcoolisme, syphilis et tuberculose, agissent comme la chaleur, l'humidité ou l'inanition dans la nature : ils rendent dominantes les anomalies et maladies familiales récessives, et, en particulier, les stigmates et accidents dégénératifs, comme le rétrécissement mitral et l'hystérie.

Ces stigmates et accidents apparaissent alors dans les familles avec une fréquence insolite : les schémas classiques par lesquels on illustre la loi de Mendel montrent que la proportion des enfants atteints s'élève de 0 à 50 % (quand un seul des père et mère est porteur de tare), et de 25 % à 50 % ou 75 % (quand tous deux sont porteurs de tares).

La régénérescence rétablit l'équilibre antérieur, réduisant, selon les cas, de 50 % à 0, ou de 75 % et 50 % à 25 % la proportion des enfants atteints.

La dégénérescence se manifeste dans la tuberculose selon les modalités suivantes :

1° Les toxines du bacille de Koch, par leur action débilitante sur l'organisme, action prolongée toute la vie malgré les rémissions et les réveils apparents, constituent un facteur dégénératif des plus nocifs.

Elles bouleversent la hiérarchie des caractères héréditaires dans la chromatine des cellules du malade, en particulier dans la chromatine des cellules sexuelles destinées à ses enfants.

L'embryon, grevé de cette chromatine dégénérée, non viable, succombera souvent (avortement ou mort-né). Si la dégénérescence ayant été moins sévère, l'enfant naît viable, il sera menacé par l'athrepsie, le rachitisme, le rétrécissement mitral et présentera les stigmates et accidents dégénératifs, communs ou spécifiques.

Le principal stigmate des dégénérés fils de tuberculeux, consiste dans le terrain favorable au développement de l'infection tuberculeuse.

2° Ce terrain favorable n'est pas lui-même un stigmate spécifique.

S'il reste exceptionnel chez les enfants d'arthritiques (au point qu'arthritisme et tuberculose ont été tenus pour antagonistes), en revanche le terrain tuberculeux apparaît en forte proportion chez les hérédo-alcooliques et les hérédo-syphilitiques.

3° La contagion, qui transmet le bacille ou le virus filtrant tuberculeux des parents aux enfants, superpose une nouvelle action dégénérative à celle qui résultait de la maladie des parents.

L'hérédo-tuberculeux dégénéré, grevé d'un terrain favorable à la tuberculose, peut contracter l'infection avant la naissance par voie transplacentaire, ou après la naissance par voie digestive ou respiratoire.

Peu importe à ce terrain prédisposé de rencontrer l'agent de la tuberculose avant ou après la naissance, auprès de ses parents ou d'autres porteurs de bacilles : il deviendra tuberculeux dans tous les cas.

La régénérescence dans la tuberculose

La régénérescence naturelle et spontanée, s'exerçant sur trois générations successives, efface la dégénérescence de la lignée.

Pour permettre à la régénérescence d'agir, il faut préserver trois générations successives des facteurs dégénératifs principaux, alcoolisme, syphilis, et tuberculose.

La lutte entreprise contre la propagation du bacille de Koch s'intègre ainsi dans un programme plus vaste de prophylaxie de la dégénérescence tuberculeuse.

L'Œuvre Grancher apporte à la régénérescence l'aide la plus efficace, car elle intervient dès le début de la vie, alors que les cellules présentent le maximum de sensibilité aux agents dégénératifs puisqu'elles s'écartent peu du type embryonnaire et se divisent sur un rythme rapide.

De même, on trouvera les conditions les plus favorables à la régénérescence dans la vie intra-utérine, et surtout à son début, aussitôt après la conception, quand les mitoses se succèdent avec la plus grande fréquence.

Les grossesses de femmes tuberculeuses, non seulement mettent en péril l'état général de la mère, non seulement présentent un risque d'inoculation pour le fœtus par voie trans-placentaire, mais surtout réalisent les conditions les plus favorables à l'action de la dégénérescence : la cure de régénérescence tendra à réduire la virulence de la maladie maternelle pendant ces mois décisifs pour le patrimoine biologique de l'enfant.

Cette cure utilisera, outre les méthodes classiques de reminéralisation, les données de l'expérimentation chez l'animal.

Les expérimentateurs sont parvenus à atténuer, en effet, la dominance de certains caractères sexuels en administrant des hormones du sexe opposé. Après injection de folliculine à des poules Leghorn, leur plumage, d'ordinaire récessif par rapport à celui des Wyandottes, devient dominant.

La folliculine atténue l'hémophilie, maladie familiale transmise par le chromosome sexuel, qui frappe les seuls mâles.

De même on a atténué l'anémie héréditaire des souris par transfusion aux animaux atteints de sang prélevé sur des animaux exempts de tare.

Ce dernier résultat indique une méthode applicable aux femmes dégénérées et tuberculeuses pendant leur grossesse : les transfusions répétées de minimes quantités de sang non dégénéré, emprunté par exemple au mari sauf désaccord des types sanguins.

On utilisera, au contraire, les injections de folliculine quand la dégénérescence sera d'origine paternelle.

Pour saisir l'époque même de la conception, nous conseillons de telles cures chez la jeune mariée à l'époque la plus probable pour la fécondation (5e au 10e jour après les règles selon von Fraenkel et Ogino).

Une fois révolu ce moment favorable et venu au monde un dégénéré, hérédo-tuberculeux en particulier, le médecin doit s'efforcer d'aider la régénérescence naturelle pendant toute la vie du sujet, après la naissance, à la puberté, avant le mariage.

Ainsi, dans notre service de neurologie infantile de la Villetertre, organisé pour les dégénérés atteints de stigmates et accidents neuro-psychiques à l'exclusion des tuberculeux en évolution, tendons-nous à refondre, à la faveur de la croissance, la chromatine dégénérée des malades : les résultats obtenus, comme la suppression des crises et le sevrage du barbiturique chez les épileptiques, n'auraient pu être attendus des traitements habituels symptômatiques.

Conclusions

Il faut revenir à la conception hippocratique de la tuberculose familiale.

La contagion est si générale dans la tuberculose que presque seul le terrain détermine la marche évolutive ou latente de la maladie. Or, le terrain favorable au développement de la tuberculose se transmet de père en fils comme caractère héréditaire de la chromatine.

Plus exactement, le terrain prédisposé constitue un stigmate de

dégénérescence, comme le rétrécissement mitral observé aussi avec prédilection chez les hérédo-tuberculeux.

Stigmate dégénératif, la prédisposition à la tuberculose bénéficie, après trois générations, de la régénérescence naturelle et spontanée, que la thérapeutique peut favoriser et accélérer, en particulier lors de la fécondation, pendant la grossesse, pendant l'enfance.

« Si la prophylaxie de la tuberculose veut être effective, écrit Sergent, elle doit viser, autant que la lutte contre la contagion, la lutte contre l'affaiblissement de la race et de l'individu. »

Les méthodes de régénérescence indiquées apportent une base à la défense antituberculeuse de la race.

(1) LUMIÈRE. *L'hérédo-tuberculose*, Lyon 1935.
(2) MOREL. *Traité des Dégénérescences*, Paris, 1857.
(3) D'HEUCQUEVILLE. L'hérédité en neurologie. *Arch. Intern. de Neur.*, février 1941.
(4) D'HEUCQUEVILLE. *Plus d'enfants dégénérés.* Hachette, Paris, 1943.

LE PROFESSEUR EMILE FORGUE

(de Montpellier)

1860-1943

Il y a quelques semaines M. Forgue m'avait fait remettre, par son excellent éditeur M. Maloine, un exemplaire de son dernier ouvrage : *Vie de Chirurgien.* J'achevais la lecture de cet émouvant testament scientifique d'un des plus grands chirurgiens de notre époque, lorsque j'ai appris avec une infinie tristesse la mort de son auteur.

M. Forgue n'était pas seulement pour moi un maître vénéré. Il était un ami de longue date car des relations affectueuses existaient depuis bien des années entre nos deux familles.

C'est dans les Hautes-Alpes, à Briançon, que naquit Forgue, le 29 décembre 1860. Sa maison natale existe encore à côté de la poste, sur les remparts de la vieille citadelle d'où elle domine le faubourg de Sainte-Catherine. Fils de militaire, Forgue suivit son père dans de nombreuses garnisons. Il raconte lui-même, dans *Vie de Chirurgien.* qu'il passa son enfance dans les Pyrénées, et qu'il apprit à lire à Aurillac. Il commença le latin à Montpellier et après avoir étudié à Beauvais et à Saint-Quentin, il acheva sa rhétorique et sa philosophie à Tarbes. A ses maîtres si divers, Forgue avait conservé une reconnaissance très grande. Il leur devait cette remarquable culture classique grâce à laquelle il put devenir à son tour un maître dont l'enseignement a eu tant de rayonnement et aussi un écrivain délicat et précis, un historien de grande classe, un conférencier recherché à l'étranger comme en France.

La carrière de M. Forgue a été éblouissante. Cet homme à l'apparence frêle, avait une âme bien trempée, une sensibilité exquise et une volonté de fer. Il le montra lorsque, sorti premier du Val-de-Grâce, il arriva malgré toutes les difficultés soulevées par le service de santé, à se présenter à l'agrégation et réussit à son premier concours. Il avait déjà un passé remarquable ; à 19 ans, il avait été préparateur de physiologie et avait acquis ce « penser physiologique » qu'il revendiquait plus tard comme la première qualité du chirurgien. A 21 ans, il était prosecteur, à 23 ans, il avait fait une étude devenue classique sur la distribution des racines motrices dans les muscles des membres. Il avait 25 ans quand il fut nommé agrégé de chirurgie ; à 35 ans, il succédait à Dubreuil dans la chaire de clinique chirurgicale de la Faculté de Montpellier. Continuant à brûler les étapes il s'imposait bientôt comme un des plus grands chirurgiens français : l'Académie de Chirurgie, l'Académie de Médecine, l'Académie des Sciences, les Académies étrangères lui ouvrirent leurs portes. En 1908, l'amitié et l'estime de ses confrères l'avaient appelé à présider le XXIe Congrès Français de Chirurgie. On n'a pas oublié le remarquable discours d'ouverture qu'il consacra alors à la *Responsabilité du Chirurgien.*

L'œuvre chirurgicale de Forgue est immense. Il ne faut pas oublier qu'il a pu donner sa mesure à l'époque de la grande évolution de la chirurgie alors que les spécialités étaient dans l'enfance. Il a tout abordé avec le même succès. Il fut aussi souvent un novateur et l'on connaît le rôle éminent qu'il joua dans la fondation des centres anticancéreux en dirigeant celui de Montpellier. Il était un opérateur à la technique élégante, minutieuse et sûre. Sa documentation était prodigieuse et toujours contrôlée aux sources. Son enseignement si lumineux était recherché à juste titre. Il savait d'ailleurs s'entourer de collaborateurs remarquables dont plusieurs sont devenus à leur tour, des maîtres.

Il n'est que juste de ranger parmi ses collaborateurs Mme Forgue, qui le seconda toujours avec une si parfaite intelligence et fut vraiment pour lui la vraie compagne du chirurgien. Mme Forgue était la fille du médecin inspecteur général Dujardin-Beaumetz, membre de l'Académie de Médecine. Elle avait épousé Forgue au début de sa carrière et l'avait soutenu de son affection à l'époque difficile des concours. Elle disparut trop tôt et l'on put alors mesurer la place qu'elle tenait dans la vie du vieux maître demeuré inconsolable.

Non moins considérable est son œuvre écrite. Nous citerons seulement ceux de ses ouvrages devenus classiques : d'abord le célèbre *Précis de Pathologie Externe*, qui est dans toutes les mains, et un *Précis d'Anesthésie Chirurgicale*. En 1907, il avait publié avec Riche un livre sur le *Diverticule de Meckel* ; en 1912, avec Jeanbrau, le *Guide du Médecin dans les Accidents du Travail* ; en 1918, *Au Seuil de la Chirurgie* ; en 1927, avec Massabuau, *La Gynécologie* ; la même année, il publia son livre sur *Théophraste Renaudot, Créateur du Journalisme Français* ; en 1930, avec Basset, *La Rachianesthésie* ; en 1942, avec Aimes, *Les Pièges de la Chirurgie*, livre précieux pour le médecin comme pour le chirurgien. Il y a quelques mois, enfin, il faisait paraître *La Vie de Chirurgien.*

Malgré toutes ses occupations, Forgue a assumé pendant longtemps la direction de *Montpellier Médical.* Il a montré là ses qualités exceptionnelles de journaliste médical, contrôlant avec la plus rare des consciences tous les faits avancés. Rappellerons-nous qu'il a donné à la *Gazette des Hôpitaux*, pour laquelle il avait une affection particulière, des études bien remarquables, notamment à l'occasion du centenaire de notre journal.

Bien souvent encore, Forgue se montra le grand ambassadeur de la pensée et de la science françaises. Sans ménager sa peine ni son temps, il assistait à beaucoup de congrès. Il prit part à de nombreux voyages universitaires en Italie et en Espagne. A Bruxelles, en 1923, il faisait en présence de S. M. la Reine des Belges, la conférence inaugurale des Journées Médicales de Bruxelles, et parlait d'Ambroise Paré, de Percy et de Larrey. En 1930 il inaugurait, à Anvers, le Congrès de la Presse Médicale Latine par une conférence sur le journaliste médical de notre temps.

Dans ces circonstances où il représentait avec tant d'éclat notre pays, il faisait toujours notre admiration par la finesse de son esprit, la profondeur de son érudition et le tact avec lequel il abordait les sujets les plus délicats. Il était rare de rencontrer des orateurs employant une langue aussi pure et aussi élégante.

Quand vint l'heure de la retraite, Forgue avait pensé d'abord à se fixer à Paris, où il avait une belle résidence rue Nicolo. Après avoir hésité, il avait fini par se retirer dans l'Ariège, dans son domaine de Mirepoix. Il avait rassemblé là beaucoup de souvenirs ramenés de Paris, de Montpellier, de Boulogne-sur-Mer où la famille Dujardin-Beaumetz possédait la maison historique habitée par Napoléon Ier lors de la préparation de l'expédition de Boulogne. Forgue avait surtout réuni une bibliothèque précieuse, car s'il aimait s'entourer de belles choses, il mettait au premier rang les beaux et les bons livres. C'est en relisant les grands classiques et en méditant sur l'*Imitation* qu'au soir de sa vie si bien et si utilement remplie, il a attendu avec sérénité l'heure du grand repos.

F. L. S.

Remarques sur le traitement de la diphtérie

L'Institut Pasteur (service de sérothérapie) rappelle aux médecins que les doses de sérum antidiphtérique actuellement recommandées ne sont ni les doses faibles préconisées jadis, ni les doses exagérées proposées il y a quelques années.

L'accord à peu près unanime s'est fait aujourd'hui pour injecter une quantité totale qui varie entre 30.000 et 80.000 unités suivant la gravité du cas et l'âge du malade.

Beaucoup de médecins, depuis les travaux de MM. Ramon et Debré, sont partisans de l'injection massive et unique, toute la dose injectée en une seule fois, dès que le diagnostic est soupçonné ou reconnu.

On peut employer en toute sécurité les sérums à 3.000 unités, plus faciles à se procurer actuellement.

Une autre remarque peut être faite, non pas sur la sérothérapie, mais sur la vaccination préventive par l'anatoxine diphtérique de Ramon. Certains médecins craignent de vacciner en milieu épidémique ; cette crainte n'est pas justifiée. Il faut, au contraire, vacciner en pareil cas. Le sérum à titre préventif ne doit être employé que pour les sujets en contact immédiat avec un diphtérique.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

13 *janvier.* — M. CHAMBONNET. Images cavitaires cancéreuses du poumon. — M. KALOUSDIAN. Contribution à l'étude de l'hépatite graisseuse des tuberculeux pulmonaires. — M. LE SONNEUR. A propos d'une observation de néphrite azotémique au cours d'une septicémie traitée par les sulfamides. — M. BROWAEYS. Micromanipulateur à pantographe pour le travail microscopique à un grossissement limité.

20 *janvier.* — M. DE PERSON. L'ozone. Ses principales applications thérapeutiques ; ses indications en stomatologie. — M. SERÉE. Le traitement du pied bot équin paralytique par la constitution d'un muscle antérieur unique fléchisseur dorsal du pied. — M. LE MOUELLIC. Contribution à l'étude des échecs des butées coracoïdiennes dans les luxations récidivantes de l'épaule.

THESES VETERINAIRES

25 *novembre.* — M. CORNETTE. Différenciation du chien et du chevreau du point de vue de l'inspection des viandes.

9 *décembre* 1942. — M. GUERRY. Contribution à l'étude du camphosulfonate de sulfamide ou corps « 809 » en médecine vétérinaire.

22 *décembre.* — M. ROBERT. De l'identification du bacille tuberculeux chez les carnivores domestiques. Dangers de contamination pour l'homme.

23 *décembre.* — M. GUITTET. Les néphrites du chien. Etude anatomopathologique. — M. ROUSSELOT (Jean-Jacques). L'action pathogène de l'ultravirus aphteux chez l'homme. — M. GUÉDON. Œsophagostomose larvaire des bovidés. Essai d'un nouvel anthelminthique « Le Phenothiazine ».

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

SÉANCE DU 9 FÉVRIER 1943

M. le Président fait part des décès de M. Emile Forgue (de Montpellier) et de M. Sabrazès (de Bordeaux), associés nationaux.

Rapports. — M. ROUVILLOIS, au nom de la *Commission du Rationnement alimentaire* rappelle que M. Sébileau a récemment attiré l'attention de l'Académie sur l'utilisation des *foies de poisson* pour l'extraction d'une huile particulièrement riche en vitamines A. Dans les ports de pêche on utilise les déchets de poisson en fabriquant des produits destinés soit à l'alimentation du bétail (farines de poisson), soit à l'industrie (huile de poisson).

L'alimentation utilise de plus en plus la farine de poisson pour la préparation de potages concentrés ; la pharmacie emploie les huiles de poisson pour suppléer au manque d'huile de foie de morue ou de flétan. Le poisson le plus précieux à ce propos est le merlu. Le foie du merlu donne une huile ayant une teneur en vitamines A supérieure à l'huile de foie de morue. Le rapporteur demande donc de voter le vœu suivant qui est adopté :

« Devant l'insuffisance des huiles de foie de morue et de flétan, « l'Académie de Médecine émet le vœu que tous les foies de poissons, « en particulier ceux de merlu qu'on pêche en grande quantité à « La Rochelle, par exemple, soient, dès le vidage du poisson, conservés « au froid ou par addition de sel et utilisés ensuite pour l'extraction des « huiles dans un but thérapeutique. »

Au nom de la *Commission de Rationnement alimentaire*, MM. Charles RICHET et JUSTIN-BESANÇON présentent un rapport *sur le besoin minimal de graisses* dans l'alimentation humaine.

Ces graisses sont utiles par elles-mêmes et par les éléments qui y sont contenus, choline, vitastérines. Elles contiennent les acides linoléique, linolénique et arachidonique, tous éléments dont notre organisme ne peut faire la synthèse. Les auteurs rappellent qu'expérimentalement les rats alimentés sans graisse présentent des troubles cutanés et des manifestations rénales pouvant entraîner la mort, et que l'alimentation pauvre en lipides provoque une augmentation moindre de poids que l'alimentation normale.

Chez l'homme il paraît en être ainsi. La ration habituelle de graisses oscille entre 50 et 85 gr. de graisses sous nos climats chez l'adulte.

Le strict minimum, c'est-à-dire le minimum vital paraît de l'ordre de 35 gr. Actuellement, en comptant tous les aliments fournis par l'ensemble des ravitaillements, on peut évaluer la quantité de graisses à 20 gr. pour l'adulte, à 21-24 gr. pour les J1, J2 et J3 ; à 21 gr. pour les vieillards, à 30 et 42 gr. pour les T1 et T2.

Il y a donc carence globale des graisses et mauvais équilibre $\frac{\text{calories lipidiques}}{\text{calories totales}}$. Ce chiffre de 20 gr. de lipides est inférieur au chiffre de lipides consommés à Madrid pendant la famine 1936-1938 et en Allemagne pendant la période 1916-1919. Cette carence lipidique a été décrite par les savants et les cliniciens allemands sous le nom de Fett-Hunger.

La Commission émet un vœu qu'elle propose à l'Académie de voter indiquant que si ce déficit persistait, et à plus forte raison s'il s'exagérait, le nombre des morts dues directement ou non aux restrictions alimentaires augmenterait encore.

Etude de l'hypersensibilité de l'homme tuberculeux aux paratuberculines et aux protéides des bacilles acido-résistants saprophytes. — MM. H. GOUGEROT et R. LAPORTE ont utilisé des filtrats de cultures lysés de bacilles acido-alcoolo-résistants saprophytes (paratuberculines) pour pratiquer des intra-dermo-réactions chez 87 tuberculeux cutanés et 14 témoins atteints de tuberculose ganglionnaire ou osseuse. Les résultats établissent l'existence d'un état para-allergique intense du sujet tuberculeux chez qui les paratuberculines ne se montrent que dix fois moins actives, en moyenne, que la tuberculine « vraie ».

Des réactions générales fébriles et des réactions focales peuvent aussi être obtenues avec les paratuberculines.

Ces substances se montrent, d'autre part, capables de désensibiliser les sujets tuberculeux pour elles-mêmes et aussi, dans une mesure moindre, pour la tuberculine. Les injections répétées à doses progressivement croissantes de paratuberculines sont toujours très bien supportées par les tuberculeux, même quand on procède très rapidement à l'augmentation des quantités injectées. Cette remarquable tolérance contraste avec l'extrême susceptibilité des mêmes malades envers la tuberculine. Les essais de paratuberculinothérapie, basés sur cette tolérance ne permettent pas, dès à présent, d'apporter une conclusion.

Commentaires sur le traitement du tétanos, d'après une statistique hospitalière de 294 cas (tétanos de guerre exceptés). — M. V. DE LAVERGNE (de Nancy) rapporte que cent malades soignés dans son service par la méthode de sérothérapie simple ont succombé dans une proportion de 50 %. Depuis l'utilisation des méthodes de sérothérapie associée, 200 tétaniques traités ont succombé dans une proportion de 40 %. Les nouvelles méthodes de traitement ont donc entraîné un fléchissement de la mortalité de 10 %. Le pronostic du tétanos reste grave malgré l'emploi des thérapeutiques modernes.

SÉANCE DU 16 FÉVRIER 1943

Rapport. — M. TIFFENEAU, au nom de la *Commission du rationnement pharmaceutique* étudie la question du remplacement de la cocaïne. Celle-ci étant actuellement introuvable en France, il faut restreindre son emploi et réserver les quantités existantes à l'ophtalmologie, où elle est irremplaçable, et à l'O. R. L. Dans les autres indications, on emploiera la butelline, la novocaïne et la stovaïne qui sont fabriquées en France.

La structure antigénique, base d'une classification rationnelle des colibacilles. — MM. BOIVIN et CORRE.

Comparaison du pouvoir vaccinant des virus rabiques fixe et de rue. — MM. REMLINGER et BAILLY.

Le facteur vasculaire dans les syndromes de déséquilibre alimentaire. — MM. RIMBAUD et SERRE (note présentée par M. LEREBOULLET). — Poursuivant leurs études sur le déséquilibre alimentaire et s'appuyant sur les observations de 93 malades, les auteurs montrent que le syndrome de déséquilibre alimentaire apparaît électivement chez des athéromateux (75 p. 100 des cas). Le rôle de l'artériosclérose explique la plus grande fréquence chez les sujets âgés, la prédominance dans le sexe masculin et l'inégale résistance des sujets soumis aux mêmes restrictions. Lorsque des jeunes sont atteints, c'est qu'ils ont des artères de vieillards.

Les résidus indigestibles. — M. RIBADEAU-DUMAS apporte une note de M. R. GOIFFON qui montre que la perte d'azote fécal est augmentée par la masse des résidus indigestibles et par le régime actuel.

Sur le développement du corps thyroïde et du thymus. — M. A. DELMAS (de Montpellier) (note présentée par M. ROUVIÈRE).

ACADEMIE DE CHIRURGIE

SÉANCE DU 3 FÉVRIER 1943

Un cas de sarcome fibroblastique de la racine de la cuisse traité par désarticulation de la hanche et guéri depuis 4 ans. — M. SORREL.

Tumeur paranéphrétique (fibrome). Exérèse avec conservation du rein. — M. AUMONT. — Rapport de M. GOUVERNEUR sur cette observation dans laquelle le diagnostic topographique fut fait grâce à une pyélographie.

Autoplasties faciales par lambeaux tubulés bipédiculés. — M. GINESTET. — M. DUFOURMENTEL fait un rapport sur deux observations dans lequel l'auteur a utilisé un nouveau procédé de transport des lambeaux de grande étendue.

Anesthésie rachidienne dans la chirurgie vertébrale (mal de Pott en particulier). — M. A. RICHARD utilise deux injections, l'une basse pour anesthésier la jambe, l'autre haute pour insensibiliser le foyer vertébral lui-même ; en cas de foyer pottique haut situé injection paradurale à hauteur du foyer.

Syndrome de névralgie sciatique par compression de la queue de cheval à la suite de fracture du canal sacré. — M. A. RICHARD a obtenu la guérison par laminectomie sacrée.

Les résultats de l'opération d'urgence dans les péritonites à pneumocoques. — M. J. LEVEUF et Mlle PHILIPPE ont eu 7 guérisons sur 12 cas. Les auteurs soulignent les difficultés du diagnostic voir son impossibilité avant l'ouverture du péritoine ; l'intervention doit être prudente, rapide, sans exploration prolongée de l'abdomen.

M. BLONDIN retient la valeur adjuvante de la sulfamidothérapie.

M. SORREL estime que l'acte chirurgical ne se discute pas en raison de l'incertitude du diagnostic.

M. MONDOR insiste sur la valeur diagnostic de l'hyperleucocytose sanguine.

MM. RICHARD et R.-Ch. MONOD prennent part à la discussion.

M. LEVEUF souligne que dans la péritonite à pneumocoques le pus est inodore.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

SÉANCE DU 29 JANVIER 1943

Mort au cours d'une crise d'asthme après infiltration anesthésique du ganglion stellaire. — MM. BRULÉ, HILLEMAND, DELARUE et AUDOLY.

Etude sur cinq cas d'œdème de carence alimentaire. — MM. PASTEUR VALLERY-RADOT, Jacques LOEPER et J. TABONE. — 1° Le régime déchloruré n'a pas une action particulière sur la disparition des œdèmes; 2° il n'y a pas de parallélisme étroit entre les signes cliniques et les signes humoraux ; 3° l'élévation du taux des protides après un régime riche en viande est due à l'augmentation de la sérum-albumine.

Foyers multinodulaires labiles des poumons avec éosinophilie sanguine. — MM. AMEUILLE et R. MARMIER. — Le syndrome de Lœffler n'est pas une entité pathologique et même ses éléments n'ont rien de fixe. Dans plusieurs cas, au lieu de trouver à l'examen radiologique des « infiltrats labiles », ce sont des opacités micro-nodulaires qui ont été observées.

Les auteurs en rapportent trois cas dans aucun desquels on n'a trouvé une explication suffisante de l'ensemble des faits observés, ni aucun moyen d'en établir la classification pathologique.

Pneumopathie récidivante coïncidant avec une éosinophilie sanguine prolongée. — MM. BRULÉ, E. GILBRIN et R. VIGUIÉ.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

L'action hypotensive de la fièvre. A. Dumas (de Lyon). *Concours Médical*, nos 2-3, 11 janvier 1943.

Connue depuis Potain qui l'avait signalée au cours de la fièvre typhoïde, cette action est indépendante du germe microbien en cause ; la pyrétothérapie a pu expérimentalement la provoquer et la maintenir pendant une quinzaine de jours (Gori-Savellini, *Minerva Medica*, 21 janvier 1940).

L'état fébrile entraîne un abaissement portant à la fois sur la maxima et sur la minima, sauf quand l'infection touche les méninges et le système nerveux, l'atteinte des centres tensionnels pouvant alors modifier son action.

Le degré d'abaissement est d'autant plus important que la tension initiale était plus élevée ; il peut entraîner dans les cas extrêmes de graves perturbations circulatoires. Cet abaissement est en retard d'un ou deux jours sur l'élévation thermique ; dans les fièvres continues, c'est à la fin de la période fébrile que l'hypotension est la plus marquée, puis la tension remonte progressivement au cours de la convalescence.

L'auteur insiste sur le fait que l'hypotension est équilibrée, que la courbe oscillométrique n'est pas déformée. S'il en était autrement, il ne s'agirait plus d'un simple état de dépression endocrino-sympathique mais d'une complication : insuffisance surrénale aiguë, défaillance cardiaque, etc. Aussi, importe-t-il, tant au point de vue thérapeutique que pronostique d'inscrire la courbe tensionnelle en regard de la courbe thermique. M. L. S.

Le traitement par l'acide nicotinique de l'hypertension et des maladies vasculaires. Dr Eugen Barath. *Zentralbl. f. inn. Med.*, 21 nov. 1942.

Au cours du traitement des carences par l'acide nicotinique les auteurs ont noté une forte vaso-dilatation avec rubéfaction de la peau, réaction qui s'étend aux petits vaisseaux des organes profonds de la moelle et du cerveau.

Condorelli a noté ses heureux effets dans l'artériosclérose. L'auteur a noté la chute de pression durant 20 à 30 minutes, surtout marquée dans les cas d'angiospasme et d'ischémie, ainsi que de troubles de la circulation cérébrale.

Il a obtenu aussi quelques résultats d'essais dans l'endartérite et la thrombo-angéite oblitérantes au début, résultats qu'on peut maintenir durant plusieurs mois. La baisse de tension est parfois considérable et s'accompagne de rougeur de la face et des extrémités sans autre conséquence. Bons effets dans la sclérose bénigne ; aucun effet dans l'hypertension très élevée et la sclérose maligne. On l'administre en injections sous-cutanées (jamais intraveineuses) ou *per os*.

R. L.

Une vitamine nouvelle : l'acide pantothénique. M. Justin-Besançon *Journ. de Méd. et de Chirur. Prat.*, T. CXIV, janvier 1943, p. 2.

Parmi les vitamines hydrosolubles du groupe B, des biologistes américains viennent d'identifier, d'isoler et de réussir la synthèse d'une vitamine nouvelle pour laquelle on a renoncé à la désignation par une lettre de l'alphabet et qui porte le nom d'acide pantothénique (ce qui signifie qu'on la trouve un peu partout).

Expérimentalement cette vitamine est définitivement identifiée avec la vitamine trouvée dans le filtrat des extraits hépatiques, avec la vitamine qui empêche la dermatite des poulets carencés, avec la vitamine qui empêche la décoloration du pelage des rats carencés ; elle joue vraisemblablement un rôle dans la trophicité du système nerveux.

Son étude clinique est actuellement en cours, son taux d'élimination paraît subir des variations parallèles à celles de la riboflavine (vit. B_2).

Une notion biologique importante, à rapprocher de l'action antisulfamide de l'acide para-amino-benzoïque, est le fait que l'acide salicylique perd son pouvoir antibactérien en présence de l'acide pantothénique. Peut-être certains cas de salicylo-résistance observés au cours du rhumatisme articulaire aigu trouvent-ils là leur explication.

M. L. S.

Les formes précoces de la sclérose maligne. A propos des formes dites de transition entre l'hypertension rouge et l'hypertension blanche. Hans Sarre. *Zentralbl. f. inn. Medizin*, 12 décembre 1942.

Sept cas d'hypertension ont été suivis pendant plusieurs années, en particulier au point de vue fond d'œil. Dans tous ces cas les images successivement observées avaient fait envisager une forme de passage entre l'hypertension simple et la rétinite angiospastique. Le reste des symptômes a imposé le diagnostic d'hypertension maligne, confirmant les conclusions expérimentales de divers auteurs.

Il s'agit donc non pas de formes de transition ou de passage mais des signes précoces d'une hypertension maligne ; la succession des images différentes de fond d'œil a donc un grand intérêt diagnostique lorsqu'elles s'associent à l'hypertension diastolique, à l'insuffisance rénale et aux symptômes angiospastiques.

L'œdème papillaire ou péripapillaire précoce a de l'intérêt à cause de sa précocité même. En clinique, comme dans les conditions expérimentales, l'évolution des symptômes est très graduellement progressive mais il ne s'agit que des stades successifs d'une même affection.

R. L.

Une nouvelle explication de la maladie et de l'immunité. Identité de mécanisme de la nutrition et de l'immunité. Dr Luigi Sivori. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 28 nov. 1942.

La nutrition et l'immunité dans son sens le plus général n'ont qu'un seul et même mécanisme, de nature fermentative ; guérison, maladie et état de santé ne sont que l'expression de l'équilibre relatif entre assimilation et désassimilation.

L'activité fermentative a dans tous ces cas pour effet la dislocation de la molécule albuminoïde et l'élimination des poisons organiques sous forme d'acides aminés. Si la transformation est incomplète une partie des substances toxiques demeure à l'état de polypeptides qui ne sont pas éliminés par les organes d'excrétion mais provoquent un état de toxémie. A l'opposé des amino-acides les polypeptides possèdent encore un pouvoir antigénique ; au contraire les amino-acides ont un pouvoir antitonique ; ils jouent un rôle dans la production de l'immunité passive tandis qu'en raison de leurs propriétés antigènes les polypeptides jouent un rôle dans l'établissement de l'immunité active. R. L.

Les pieds brûlants des hépatiques. Prof. Th. Hernando. *Progrès Médical*, n° 28, 24 décembre 1942.

A propos de deux observations de femmes atteintes d'intoxication éthylique, ayant souffert d'une alimentation déficiente et présentant des manifestations hépatiques avec gros foie, l'auteur insiste sur le caractère des troubles neurologiques qu'elles présentaient : douleurs violentes dans les membres inférieurs, exagérées en paroxysmes, s'accompagnant d'une sensation particulière et permanente de brûlure intolérable de la plante des pieds. Il s'y associait dans un cas une paralysie des muscles de la loge antéro-externe de la jambe et des troubles de la sensibilité profonde, dans l'autre des troubles des réflexes et de la sensibilité.

Chez ces deux malades une hyperkératose des pieds plus marquée à la face plantaire, des lésions cutanées (érythème et pigmentation) des mains et du cou, la porphyrinurie, l'hypo-nicotamidémie firent porter le diagnostic de pellagre alcoolique.

La sensation de « pieds brûlants » déjà signalée par Casal au XVIIIe siècle a été bien étudiée au cours de l'épidémie de pellagre de Madrid en 1937 ; elle est considérée comme un syndrome paresthésique causalgique attribuable aux lésions du système nerveux végétatif et attribuable au déficit des vitamines du groupe B^2. M. L. S.

Les modifications électrocardiographiques dans la myocardite diphtérique. Wilhelm Bolt. *Zentralbl. f. inn. Medizin*, 6-13 décembre 1941.

L'électrocardiographie en série favorise le diagnostic précoce de la myocardite ; les modifications du tracé précèdent de 2 à 4 jours les signes cliniques qui n'apparaissent qu'avec la défaillance du cœur et les troubles du rythme.

Le pronostic est en partie commandé par l'âge du sujet (plus grave dans la 1re enfance qu'à l'âge scolaire) et le moment d'apparition des troubles (précocité, gravité).

L'état du myocarde et les variations du tracé sont en général étroitement parallèles.

Modification de l'onde T, abaissement du segment intermédiaire n'ont pas grande valeur pronostique ; les extrasystoles sont plus défavorables ; les troubles de conduction, le bloc partiel plus graves sont cependant réversibles. Les dissociations sont moins graves lorsque dues à la tachycardie toxique ou à la faiblesse de l'excitation sinusale, plus graves lorsqu'associées à des troubles de conduction.

Un bloc total et durable est d'un pronostic quasi-fatal, bien que quelques guérisons aient été observées. Un bloc total et subit, l'automonie ventriculaire, le flutter présagent la mort prochaine.

Après guérison il ne semble subsister dans aucun cas de séquelle qui compromette l'activité physique du sujet. R. L.

REVUE DES THÈSES

Contribution à l'étude d'une thérapeutique analgésique et tonique : l'acétylsalicylate de noréphédrane, par M. Jacques Dupin-Girod. *Thèse de Paris*, 1942.

Depuis 1931, de nombreux travaux ont été consacrés, en France et à l'étranger, à différents sels de noréphédrane. Parmi ceux-ci l'acétylsalicylate de noréphédrane est un des plus intéressants par suite de ses indications bien spéciales.

Pour bien comprendre son action, il faut se souvenir de sa constitution qui unit le noréphédrane (ou désoxynoréphédrine), vaso-constricteur volatil voisin de l'adrénaline et de l'éphédrine avec une molécule d'acide acétylsalicylique. Grâce à cette combinaison, on a l'avantage d'une quadruple action : analgésique, antipyrétique, tonique et décongestive.

Il est absolument dépourvu de toxicité aux doses usuelles et sa maniabilité lui assure un large domaine thérapeutique. Ses indications cliniques majeures sont : 1° la grippe, les affections dites grippales, le coryza et leurs complications ; 2° les fièvres saisonnières et les courbatures fébriles ; 3° l'asthénie, le surmenage physique et intellectuel ; 4° les algies, névralgies, névrites ; 5° les douleurs rhumatoïdes ; 6° certains déséquilibres neuro-végétatifs.

La posologie optima de l'acétylsalicylate de noréphédrane semble être de deux comprimés dosés à 0 gr. 008 par jour, un le matin au réveil, le second avant le repas de midi ; exceptionnellement la dose de 3 ou 4 comprimés par jour peut être atteinte sans inconvénients.

INFORMATIONS

(suite de la page 66)

Le diplôme d'Etat de moniteur de gymnastique médicale. — Un décret du 13 août 1942 a institué un diplôme d'Etat de moniteur de gymnastique médicale. Ce diplôme doit être délivré par le Secrétariat d'Etat à la Santé à des candidats ayant accompli deux années d'études dans des écoles spécialement agréées à cet effet. Des textes particuliers, actuellement en préparation, préciseront les conditions d'admission des élèves dans les écoles et l'organisation des études.

Les titulaires du diplôme délivré seront particulièrement qualifiés pour appliquer, sur ordonnance et sous contrôle médical, le mouvement actif sous toutes ses formes thérapeutiques à des sujets affaiblis, convalescents, malades ou accidentés. Les titulaires du diplôme de M. G. M. ne sauraient être confondus avec les auxiliaires médicaux tels que les masseurs, ni, à plus forte raison, avec les éducateurs (moniteurs ou professeurs d'éducation physique).

L'institution de ce diplôme permettra désormais aux médecins de distinguer l'auxiliaire médical spécialisé dans l'application thérapeutique du mouvement actif capable d'exécuter correctement ses ordonnances cinésithérapiques de tous ceux qui, sans formation technique, s'arrogent des titres dont la valeur n'était, jusqu'à présent, sanctionnée ni par le Corps Médical ni par les pouvoirs publics.

L'institution de ce diplôme doit permettre ultérieurement de protéger et de réglementer par une loi en préparation une profession paramédicale qui est actuellement exercée sans aucune garantie et sans aucun contrôle.

Le fonctionnement des préventoriums. — Le même numéro du *Journal Officiel* publie le décret n° 2.184 du 3 août 1942 fixant les conditions de fonctionnement des préventoriums.

Les médecins phtisiologues des services publics. — Egalement dans le même numéro du *Journal Officiel* paraît le décret n° 151 du 1er février 1943 instituant le titre de médecin phtisiologue des services publics. Ce titre est accordé après avis de la Commission de la tuberculose du Conseil permanent d'Hygiène Sociale, par arrêté du Secrétaire d'Etat à la Santé : 1° Aux professeurs, agrégés, suppléants, médecins des hôpitaux, des villes, de faculté ou d'école, ayant une compétence particulière en phtisiologie ; 2° Aux médecins ayant une notoriété indiscutable en phtisiologie ; 3° Aux médecins ayant au moins deux ans d'internat de phtisiologie dans une ville de faculté ; 4° Aux médecins ayant satisfait aux épreuves du concours spécial.

Leur liste sera publiée à l'*Officiel* tous les ans en janvier.

Seuls les médecins phtisiologues pourront être désignés pour les services publics.

Le décret précise encore les conditions du concours spécial et les dispositions transitoires.

Travail

Médecin-Conseil des assurances sociales. — Un arrêté en date du 6 janvier 1943 (*J. O.* du 6 février 1943) est relatif aux conditions d'attribution du diplôme spécial de médecin-conseil des assurances sociales. Ce diplôme est délivré par l'Institut National d'action sanitaire des assurances sociales aux candidats ayant régulièrement suivi l'enseignement spécial donné par cet Institut et ayant subi avec succès l'examen de sortie.

Sont seuls admis à s'inscrire les docteurs en médecine, français, inscrits à l'Ordre des Médecins ou les titulaires de vingt inscriptions à une faculté de médecine.

Médecine prophylactique du travail. — Une consultation gratuite d'hématologie, destinée au dépistage et au diagnostic des altérations sanguines liées aux maladies professionnelles, vient d'être créée par le médecin-chef du Centre National de Transfusion sanguine et de Séro-prophylaxie à l'Hôpital Saint-Antoine à Paris (53, boulevard Diderot). Cette consultation a lieu au Centre tous les lundis et jeudis à partir de 14 heures, et tous les mercredis et samedis à partir de 9 heures. Les consultants devront être obligatoirement porteurs d'une lettre du médecin d'usine ou du médecin traitant adressée au médecin-chef du Centre.

Pour la famille et les travailleurs. — Le Musée Social vient de publier une deuxième édition de son *Guide pratique des Lois sociales*. Ce guide, préfacé par M. André Siegfried, Président du Musée Social, se trouve au Musée Social, 5, rue Las Cases, Paris (7e). (Prix : 16 fr. ; franco : 18 fr. — Chèque postal, C. C. Paris 67-68).

La pénurie actuelle de farine de moutarde. — Le *Comité d'Organisation des industries et du commerce des produits pharmaceutiques* attire l'attention sur l'extrême pénurie actuelle de farine de moutarde. La culture de la moutarde ayant été presque totalement abandonnée en France, notre pays est devenu tributaire de l'étranger pour la graine de moutarde. Le C. O. P. P. a entrepris une campagne d'ensemencement sur l'ensemble du territoire. Il demande au Corps Médical d'user de son autorité morale auprès des cultivateurs pour amener les cultivateurs à reprendre cette culture indispensable à la santé publique.

Nécrologie

— Le Dr Georges Delore, de Quintenas (Ardèche).

— Le Dr Gaston Chaboux, de Belley (Ain).

— Le Dr Chicandard, chirurgien assistant honoraire à l'Hôpital Saint-Joseph, a la douleur d'annoncer la mort de sa femme, Mme Chicandard, née Comtesse Olga de Spanowsky, ancienne externe en premier des Hôpitaux de Paris, médaille des épidémies.

Conférences

à la Clinique médicale de l'Hôpital Bichat (Professeur : M. Pasteur Vallery-Radot)

Quelques aperçus sur ce que la France a apporté depuis le début du XXe siècle a la pathologie médicale. — Ces conférences seront faites à l'amphithéâtre de l'Hôpital Bichat les mercredis suivants, à 10 h. 45 :

10 mars. — M. Georges Duhamel : Introduction.

17 mars. — M. le Professeur Lemierre : Les maladies infectieuses

24 mars. — M. Boivin : Les vaccins et les sérums.

31 mars. — M. Tréfouel : La chimiothérapie.

7 avril. — M. le Professeur Bezançon : La tuberculose.

14 avril. — M. le Professeur Sézary : La syphylis.

5 mai. — M. R. Huguenin, agrégé : Le cancer.

12 mai. — M. le Professeur Laubry : Les maladies du cœur.

19 mai. — M. le Professeur Pasteur Vallery-Radot : Les maladies des reins.

26 mai. — M. le Professeur Chiray : Les maladies du foie et des voies biliaires.

2 juin. — M. Alajouanine, agrégé : Les maladies du système nerveux.

Cours

Enseignement spécial en vue de la préparation aux fonctions de médecin-inspecteur des écoles. — Sous la direction de MM. les Professeurs L. Tanon, Chailley-Bert, de MM. Cambessedès et Ch. Lestocquoy.

Ce cours aura lieu du 15 mars au 14 avril 1943, il comprendra des leçons théoriques et des séances d'instruction pratique qui auront lieu tous les jours, sauf le samedi, de 17 à 19 heures, soit au Laboratoire d'Hygiène, soit à l'Institut d'Education physique. Le jeudi matin de 9 h. 30 à 11 h. 30, est réservé au dispensaire d'hygiène scolaire de l'Institut d'Education physique et l'après-midi du samedi à des démonstrations sportives et des visites d'écoles.

Il sera sanctionné par un examen probatoire et un certificat.

Renseignements et inscriptions au laboratoire d'hygiène de la Faculté de Médecine, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine, escalier D, deuxième étage, de 2 heures à 5 heures. Droit à verser : 200 francs.

DECRET n° 3631 du 30 décembre 1942 portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 10 septembre 1942 en ce qui concerne le recrutement des membres des conseils de l'ordre des médecins et les recours contentieux.

TITRE PREMIER

ÉLECTIONS AUX CONSEILS DES COLLÈGES DÉPARTEMENTAUX

CHAPITRE PREMIER

Dispositions communes

Article 1er. — Les membres des conseils des collèges départementaux sont élus par des praticiens habilités à exercer leur art, c'est-à-dire régulièrement inscrits au tableau départemental de l'ordre et non frappés d'une mesure de suspension temporaire. L'élection a lieu au scrutin de liste, chaque électeur votant pour autant de candidats qu'il y a de membres à élire ; il est procédé, à l'occasion de chaque renouvellement partiel, à l'élection de membres suppléants dont le nombre sera fixé par arrêté ministériel......

Art. 2. — La date des opérations électorales prévues pour le renouvellement des membres du conseil est fixée par arrêté du secrétaire d'Etat à la santé, qui est publié au *Journal Officiel* de l'Etat français six semaines au moins avant l'expiration des pouvoirs des membres de ces conseils et un mois au moins avant la date des élections.

Art. 3. — Les arrêtés du secrétaire d'Etat à la santé portant augmentation du nombre des membres des conseils des collèges départementaux fixeront les séries de renouvellement des postes ainsi créés ; il ne sera procédé à la désignation des titulaires de ces nouveaux postes qu'à l'occasion d'un renouvellement partiel du conseil.

CHAPITRE II

Collèges départementaux de l'ordre des médecins

Art. 4. — Le président du conseil du collège départemental de l'ordre des médecins adresse aux médecins du département, quinze jours au moins avant la date prévue pour les élections et suivant un procédé de nature à établir le fait de la réception, deux enveloppes d'un modèle spécial destinées à être utilisées pour le vote.

Dans la première enveloppe, le médecin place, à l'exclusion de toute autre indication, la liste des candidats pour lesquels il a décidé de voter.

Cette enveloppe fermée, sur laquelle aucune mention ne doit être portée, est placée dans la seconde enveloppe, qui doit comporter, à peine de nullité du vote, l'adresse du conseil du collège départemental de l'ordre ainsi que l'indication du nom et de l'adresse du médecin votant et la mention « Elections au conseil du collège départemental de l'ordre des médecins ».

L'enveloppe extérieure est à son tour fermée et expédiée comme pli recommandé au siège du conseil du collège départemental de l'ordre.

Art. 5. — Le dépouillement du scrutin a lieu au siège du conseil du collège départemental au jour et à l'heure fixés par l'arrêté ministériel prévu à l'article 2 ci-dessus. Il est assuré par un bureau composé du président du conseil du collège départemental de l'ordre ou, à son défaut, d'un membre du conseil désigné par lui, président, assisté du médecin le plus âgé et du médecin le plus jeune présents au moment de l'ouverture de la séance de dépouillement. En cas d'absence de personnes qualifiées pour présider le bureau, le directeur régional de la santé et de l'assistance désigne un président.

Tous les médecins inscrits au tableau départemental de l'ordre ont librement accès pendant toute la durée de la séance à la salle où a lieu le dépouillement.

Le président du bureau a la police de la salle.

....

Art. 8. — Les bulletins sont valables bien qu'ils portent plus ou moins de noms qu'il n'y a de membres à désigner, y compris les suppléants. Les derniers noms inscrits au delà de ce nombre ne sont pas comptés.

Les bulletins blancs ou illisibles, ceux qui ne contiennent pas une désignation suffisante ou dans lesquels les votants se font connaître, ceux qui portent un signe de reconnaissance n'entrent pas en compte dans le résultat du dépouillement mais ils sont annexés au procès-verbal.

Art. 9. — Le bureau proclame le résultat de l'élection. Sont déclarés élus les candidats qui ont réuni le plus grand nombre de voix; le ou les candidats qui ont réuni le plus grand nombre de suffrages après les membres élus sont élus membres suppléants.

En cas d'égalité de suffrages, le plus âgé est proclamé élu.........................

CHAPITRE III

Collèges départementaux des praticiens de la profession dentaire

Art. 12. — Le conseil du collège départemental des praticiens de la profession dentaire convoque les praticiens de la profession à désigner les membres du conseil dans les mêmes conditions que celles prévues par l'article 4 ci-dessus pour les médecins.........................

Art. 14. — Lorsqu'il y a lieu à la désignation de stomatologistes, il est procédé distinctement au dépouillement du scrutin en ce qui concerne les stomatologistes, d'une part, et les chirurgiens dentistes et assimilés, d'autre part.

Dans ce cas, il est procédé également à la désignation d'un stomatologiste suppléant.........

TITRE II

ÉLECTIONS AU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS

Art. 15. — Les membres des conseils des collèges départementaux de l'ordre des médecins élisent les membres du conseil national de l'ordre prévus à l'article 15, 1er, de la loi n° 794 du 10 septembre 1942, parmi les médecins éligibles aux conseils des collèges départementaux.

A cet effet, chacun d'eux adresse au conseil national de l'ordre, sous double enveloppe et dans les mêmes formes que celles qui ont été précisées à l'article 4 ci-dessus, deux noms de médecins pour lesquels il a décidé de voter en qualité de représentant de sa région ou de suppléant pour le cas de vacance en cours de mandat; les membres des conseils des collèges départementaux de la région parisienne adressent chacun, dans les mêmes conditions, une liste de sept noms pour la désignation de cinq membres titulaires et de deux membres suppléants.

Art. 16. — Les enveloppes, qui portent obligatoirement la mention de la région dont elles sont originaires, sont groupées au siège du conseil national et dépouillées distinctement pour chaque région ....

Art. 17. — Les membres des conseils des collèges départementaux des praticiens de la profession dentaire élisent dans les mêmes conditions les membres de la section dentaire du conseil national de l'ordre prévus à l'article 30, 1er, de la loi n° 794 du 10 septembre 1942 parmi les praticiens éligibles aux conseils des collèges départementaux.

....

Art. 18. — L'Académie de Médecine désigne, à la majorité des suffrages exprimés, celui de ses membres qui est appelé à siéger au conseil national.........................

TITRE III

DÉSIGNATION DES MEMBRES DES CONSEILS RÉGIONAUX

Art. 21. — Tous les six ans, à la date fixée par le secrétaire d'Etat à la santé pour le renouvellement des conseils régionaux, chacun des membres des conseils des collèges départementaux adresse au siège du conseil national de l'ordre la liste des candidats qu'il propose au choix du secrétaire d'Etat à la santé pour la désignation des membres des conseils régionaux. Peuvent seuls figurer sur ces listes les médecins réunissant les conditions d'éligibilité aux conseils des collèges départementaux.

Les fonctions de membre du conseil régional sont incompatibles avec celles de membres d'un conseil départemental ou du conseil national.

Chaque liste comporte vingt-sept noms parmi lesquels doivent figurer des noms de médecins exerçant dans chacun des départements de la région.

Le scrutin a lieu dans les formes prévues par les articles 15 et 16 ci-dessus.

....

TITRE IV

RECOURS CONTENTIEUX

....

TITRE V

DISPOSITIONS TRANSITOIRES

Art. 28. — Les listes établies par le secrétaire d'Etat à la santé, en exécution de l'article 57 (§ 2) de la loi du 10 septembre 1942, seront adressées au conseil supérieur de l'ordre des médecins trois semaines au moins avant la date fixée pour les élections.

Le directeur régional de la santé et de l'assistance fera parvenir lesdites listes aux praticiens devant participer à l'élection quinze jours au moins avant la date des élections.

Art. 29. — A titre transitoire et jusqu'à une date qui sera fixée par arrêté du secrétaire d'Etat à la santé, les départements autres que le département de la Seine pourront être divisés, par arrêté dudit secrétaire d'Etat, en sections électives pour l'élection des conseils des collèges départementaux de l'ordre des médecins et des praticiens de la profession dentaire.

Art. 30. — Jusqu'à la constitution des organismes créés par la loi du 10 septembre 1942, les procédures prévues par le présent décret s'appliqueront sous les réserves suivantes :

Les attributions dévolues aux conseils des collèges départementaux ou à leurs membres seront exercées par les conseils départementaux de l'ordre ou leurs sections dentaires ou par les membres de ces organismes.

Les attributions dévolues au conseil national ou à ses membres seront exercées par le conseil supérieur de l'ordre des médecins ou par ses membres.

Art. 31. — Dans le mois qui suivra la constitution des conseils prévus par la loi du 10 septembre 1942, chacun de ceux-ci procédera au tirage au sort des membres desdits conseils dont le mandat devra être renouvelé lors des premiers renouvellements partiels. Les cinq représentants au conseil national des médecins de la région parisienne devront faire partie de la même série de renouvellement. Dans les conseils des collèges départementaux des praticiens de la profession dentaire comportant deux médecins stomatologistes, ces deux membres devront faire partie de séries distinctes de renouvellement. Les résultats du tirage au sort seront communiqués au directeur régional de la santé et de l'assistance en ce qui concerne les élections aux conseils des collèges départementaux et aux conseils régionaux, au secrétaire d'Etat à la santé en ce qui concerne le conseil national.

Art. 32. — Les dispositions de la loi du 19 avril 1941 prorogeant les délais de procédure devant le conseil d'Etat, la cour de cassation et le tribunal des conflits ne sont pas applicables aux pourvois formés en vertu du présent règlement.

....

ORDRE DES MEDECINS

Communiqué du Conseil départemental de la Seine de l'Ordre des Médecins

Réforme fiscale. — La loi de finances du 24 octobre 1942, portant effet à partir du 1er janvier 1943, laisse aux médecins le choix entre le régime antérieur et un forfait.

Rappelons que le régime antérieur comporte la déclaration du revenu professionnel net, ainsi que, pour le contrôle, la tenue d'un livre de dépenses et d'un livre-journal sur lequel doivent être inscrite au jour le jour, chaque somme touchée avec un numéro d'ordre. L'option doit être notifiée au contrôleur avant le 1er avril.

L'évaluation du forfait est faite par le contrôleur après avis d'un médecin désigné à cet effet par le Collège départemental de l'Ordre. Avis en est donné au contribuable qui peut accepter de formuler ses observations et le chiffre qu'il serait disposé à accepter dans un délai de vingt jours. Si le désaccord persiste, le contribuable est soumis à la déclaration de son revenu dans le même délai de vingt jours.

Le forfait est établi en principe pour deux années, renouvelable par tacite reconduction ; mais il peut même pendant cette période biennale être dénoncé soit par le médecin, soit par le contrôleur.

Les médecins qui optent pour le forfait doivent avant le 1er avril, chaque année, indiquer au contrôleur :

a) Leur ancienneté dans l'exercice de la profession, leurs titres universitaires et hospitaliers ;

b) Le cas échéant, les tarifs spéciaux qu'ils

appliquent en raison de ces titres ou d'une situation personnelle particulière ;

c) La nature de l'activité qu'ils exercent ;

d) Les services réguliers qu'ils assurent moyennant rémunération pour le compte d'entreprises ou de collectivités publiques ou privées ;

e) Le montant de leurs recettes brutes pendant l'année considérée.

Ces indications doivent également être fournies par ceux qui optent pour la déclaration du bénéfice réel.

Ceux qui ont opté pour le forfait sont dispensés de la communication des livres et pièces justificatives.

Avec le régime ancien de la déclaration, en cas de désaccord, et après renseignements fournis par le contribuable, le contrôleur lui notifie par écrit le chiffre qu'il se propose de fixer ; le contribuable peut faire par écrit ses observations dans un délai de vingt jours.

Si le désaccord persiste, le contribuable doit demander au Président du Collège départemental de l'Ordre de le mettre en rapport pour appréciation avec le préconciliateur désigné à cet effet ; il doit en prévenir le contrôleur. Si l'avis du préconciliateur n'est pas admis, sa consultation est communiquée à la commission départementale des impôts directs. L'avis de cette dernière est notifié au contribuable en même temps que le chiffre que fixe le contrôleur.

Si ce dernier chiffre est conforme à l'appréciation de la commission, le contribuable ne peut obtenir de réduction devant la juridiction contentieuse qu'en faisant la preuve du chiffre exact de ses bénéfices. Dans le cas contraire, la charge de la preuve incombe à l'administration.

Le règlement des impôts comporte, pour tout contribuable dont le montant des impositions au cours de l'année 1942 aura excédé 20.000 francs, le versement, le 1er février 1943, d'une somme égale au quart de ce montant et si les rôles n'ont pas encore été mis en recouvrement, des versements égaux le 30 avril et le 31 juillet.

Le Conseil de l'Ordre, 10 février 1943.

Note relative au communiqué du Conseil de l'Ordre du 10 février 1943

Réforme fiscale. — Le Conseil attire l'attention sur l'importante observation suivante :

Il est exact, comme le dit le communiqué du Conseil de l'Ordre, que le médecin a actuellement le choix entre le régime antérieur et le forfait. Mais les médecins qui voudraient bénéficier du régime antérieur d'imposition devront le faire connaître à leur contrôleur avant le 1er avril 1943.

Le Conseil de l'Ordre, 12 février 1943.

Bons d'alcool

Le Conseil départemental de la Seine rappelle aux Confrères qu'il tient à leur disposition des bons d'alcool qu'ils sont priés de venir prendre ou de faire prendre au 242, boulevard Saint-Germain, tous les jours de 9 heures à 12 heures et de 14 à 18 heures, le samedi après-midi excepté.

Le Conseil de l'Ordre, 10 février 1943.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Questions fiscales

Après la publication tardive de la loi de finances au *Journal Officiel*, nous n'avons rien à retrancher à ce que nous avons dit ; bien mieux, cette publication nous fournit quelques précisions qui viennent renforcer notre opinion.

Le forfait qui nous est proposé est bien un leurre. Ce n'est pas, en effet, un véritable forfait puisque l'article 81 ter, paragraphe 2, nous indique qu'il peut être dénoncé par le contrôleur, même en cours de période biennale.

Les médecins qui ont opté pour ce forfait sont, par voie indirecte, obligés, comme nous l'avons dit, de tenir la même comptabilité qu'avant, en prévision de cette dénonciation ; l'article 87 leur fait une obligation formelle et directe d'avoir un livre-journal.

Enfin, les garanties antérieures sont supprimées : les contrôleurs ne sont pas tenus d'appliquer les avis de la commission départementale des impôts directs (article 86, paragraphes 6, 7 et 8). En outre, l'ancienne commission de taxation était présidée par un magistrat ce qui était une garantie d'impartialité ; depuis sa transformation, elle se trouve, du fait de sa composition, être à la fois juge et partie.

Pour toutes ces raisons nous attirons l'attention sur l'importante observation que le Conseil de l'Ordre a publiée le 12 février et qu'ils trouveront dans ce même numéro de la *Gazette*.

A. Herpin.

LIVRES NOUVEAUX

Les maladies de la disette, par le Dr Henri Bouquet. Un vol. in-18 jésus, prix 23 francs. E. Flammarion, édit., Paris.

Avec les restrictions alimentaires de plus en plus sévères, avec le déséquilibre qui s'ensuit, on voit depuis deux ans apparaître des troubles variés qui donnent un nouvel aspect à la pathologie.

L'étude des maladies carentielles devait tenter l'observateur avisé qu'est le Dr Bouquet. Dans l'excellent livre de vulgarisation qu'il nous apporte aujourd'hui sur les maladies de la disette, il est arrivé à « débroussailler » très heureusement une série de questions qui jusqu'à ces derniers mois apparaissaient assez confuses.

On lira avec intérêt les pages consacrées au déséquilibre alimentaire, aux divers troubles que causent la faim et le froid. L'auteur étudie ensuite les œdèmes, les affections osseuses, les affections nerveuses. Il montre la répercussion de la disette sur l'évolution des maladies, sur les suites des interventions chirurgicales, sur l'accroissement enfin de la tuberculose. La disette des médicaments n'est pas oubliée. Le tableau assez sombre que nous brosse M. Bouquet est heureusement éclairci par le dernier chapitre, celui des « bénéficiaires » de la disette. S'il y a des nouveaux riches, il y a aussi des nouveaux « bien portants », tous les obèses, dyspeptiques, etc., qu'une alimentation frugale remet dans la bonne voie. F. L. S.

La dépression constitutionnelle (l'ancienne neurasthénie dans ses rapports avec la médecine générale, clinique, biologie, thérapeutique), par R. Montassut, ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris, médecin de l'hôpital Henri-Rousselle. Préface du professeur Henri Claude. Un volume de 210 pages. Prix : 45 francs. Masson et Cie, éditeurs.

Hydrothérapie et massage, par Maurice Boigey, directeur médical de l'établissement thermal et de la cure d'exercice de Vittel, docteur ès sciences de l'Université de Paris. Un volume de 392 pages avec 181 figures. Masson et Cie, éditeurs.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.
Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (Autorisation n° 83)


HYPERCHLORHYDRIE
DYSPEPSIES NERVEUSES
Toutes gastralgies
KAOBROL
2 { Formules Formes
SIMPLE ou BELLADONÉ
TABLETTES ou POUDRE


HÉPATISME
ARTHRITISME
Cure de décholestérinisation
DECHOLESTROL
1 PAQUET douze jours par mois matin et soir avant les repas dans un demi verre d'eau


Pour avoir récolte au verger faut de bonne heure le fortifier


LACTOBYL

N° 6. — 10 MARS 1943 116e ANNEE Ce numéro : 2 francs.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT. — Un an : France et Colonies, 75 fr. Etudiants, 40 fr. ; Etranger, 1re zone, 110 fr., 2e zone, 125 fr. » Chèques postaux : Paris 2538-76

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

POUR NOS ABONNÉS DE LA ZONE NON OCCUPÉE, adresser renouvellements et toutes communications aux Messageries Hachette, 12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône) *Chèques postaux : Lyon 218* (Service *Gazette des Hôpitaux*)

Bi-hebdomadaire paraissant provisoirement deux fois par mois

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris

Concours de médecin des hôpitaux. — CONCOURS POUR TREIZE PLACES D'ADMISSIBLES DÉFINITIFS. — Liste du Jury, MM. les Docteurs : Laporte, Cathala, Jacquelin, Rouquès, Nicaud, Touraine, Monier Vinard, Chiray, May, Flandin, Lechelle, Stevenin.

Concours de médecin des hôpitaux. — CONCOURS POUR SEIZE PLACES DE SOUS-ADMISSIBLES. — Candidats déclarés admissibles :

(Le chiffre entre parenthèses correspond au total des rangs)

MM. les Drs : 1. Siguier (26) ; 2. Morin (28) ; 3. Varay (30) ; 4. Grossiord (31) ; 5. Faulong (39) ; 6. Catinat (41) ; 7. Dugas (42) ; 8. Mallet (42) ; 9. Conte (45) ; 10. Duperrat (48) ; 11. Mahoudeau (49) ; 12. Deparis (50) ; 13. Pecher (52) ; 14. Lafitte (53) ; 15. Mathivat (53) ; 16. Seringe (58).

Concours d'attaché d'électro-radiologie (4 PLACES). — Liste du Jury, MM. les Docteurs : Devois, Darbois, Porcher, Joly, Dariaux, Lepennetier, Lomon.

Concours de l'internat en Médecine 1942. — Liste des candidats reçus définitivement par ordre de mérite (Le chiffre entre parenthèses est celui des points obtenus).

MM. 1. Ryckewaert (70 + 29 = 99) ; 2. Poncet (70 + 28 = 98) ; 3. Alloiteau (67 1/2) ; Godlewski (67 1/2) ; 5. Berger (67 1/2) ; 6. Thierry (66) ; 7. Mlle Cousin (66) ; 8. Queneau (65 1/2) ; 9. Renaud (65) ; 10. Bouygues (64 1/2).

11. Graveleau (64 1/2) ; 12. Tixier (64 1/2) ; 13. Mercadier (64 1/2) ; 14. Mlle Noufflard (63 1/2) ; 15. Feffer (63 1/2) ; 16. Tournier (63 1/2) ; 17. Caldier (63) ; 18. Poulain (63) ; 19. Simon (62 1/2) ; 20. Couade (62) ; 21. Koupernik (61) ; 22. Guenlot (60 1/2) ; 23. Boudot (60) ; 24. Combet (60) ; 25. Mignot (60) ; 26. Bouttier (60) ; 27. Mathey (60) ; 28. Raymond (59 1/2) ; 29. Toupet (59 1/2) ; 30. Mlle Monghal (59 1/2) ; 31. Couder (59) ; 32. Torre (59).

E 33. Taptas (59) ; 34. Borniche (58 1/2) ; 35. Chapelet (58 1/2) ; 36. Chadoutaud (58) ; 37. Dailly (58) ; 38. Buhot (58) ; 39. Ramadier (58) ; 40. Mlle Granier (57 1/2) ; 41. Mme Demassieux (née Dubois) (57 1/2) ; 42. Lavarde (57) ; 43. Woimant (57) ; 44. Garrigues (57) ; 45. Mlle Saulnier (56 1/2) ; 46. Louveau (56 1/2) ; 47. Braillon (56 1/2) ; 48. Morer (56 1/2) ; 49. Dubois (56 1/2) ; 50. Monié (56) ; 51. Bourguet (56) ; 52. Hiverlet (56) ; 53. Durand (56) ; 54. Boeswillwald (56) ; 55. Chapuis (56) ; 56. Mlle Queret (56).

E 57. Le Tan Vinh (56) ; 58. Denisart (55 1/2) ; 59. Rureau (55 1/2).

Concours pour deux places de médecins en chef des hôpitaux sanatoriums de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris. — Ce concours sera ouvert le lundi 29 mars 1943, à 17 heures, à l'Administration Centrale (Salle du Conseil de Surveillance), 3, avenue Victoria, Paris (4e).

Inscriptions du lundi 8 mars au mardi 16 mars 1943, inclusivement, de 15 à 17 heures (samedis, dimanches et fêtes exceptés), à l'Administration Centrale, 3, avenue Victoria, Bureau du Service de Santé (Escalier A, 2e étage).

Direction régionale de la Santé et de l'Assistance à Paris. — Un concours pour trente places d'internes titulaires et dix places d'élèves suppléants dans les hôpitaux et hospices de la région de Paris aura lieu le 10 mai 1943.

1° A Neuilly, Saint-Denis, Versailles, Saint-Germain-en-Laye, Argenteuil, Eaubonne, Montfermeil, Villeneuve-Saint-Georges ;

2° A Corbeil, Etampes, Mantes, Pontoise, Rambouillet, Melun, Meaux, Fontainebleau.

Inscriptions du 5 avril au 24 avril inclusivement, au service de Santé de l'Administration générale de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria, à Paris.

Les renseignements sur la répartition des postes vacants, les conditions d'admission au concours, la nature des épreuves, les traitements et indemnités, la durée de l'internat seront donnés par le Secrétariat de la Direction régionale à la Santé, 1, avenue Victoria.

Maison départementale de Nanterre. — Des concours pour l'admission à cinq emplois d'interne titulaire en médecine et en chirurgie, à cinq places éventuelles d'interne provisoire, 2 places d'interne en pharmacie et 2 places d'interne provisoire en pharmacie auront lieu à une date qui sera fixée ultérieurement.

Le registre d'inscription des candidats est ouvert dès à présent à la Préfecture de police (sous-direction du personnel), où tous renseignements seront fournis aux candidats. Il sera clos le samedi 20 mars 1943, à midi.

Faculté de Médecine de Paris

M. le Professeur Chevassu est placé dans la position prévue par l'article 1er de la loi du 17 juillet 1940.

Il bénéficiera, dans cette position, des dispositions prévues par l'article 2 de ladite loi.

(*J. O.*, 17 février 1943.)

Leçon inaugurale. — M. le Professeur Lian fera sa leçon inaugurale le samedi 20 mars, à 18 heures, au grand amphithéâtre.

Le service obligatoire du travail des étudiants

Voici le texte du décret du 24 février 1943 (*J. O.*, 25 février 1943) :

Article premier. — Les élèves régulièrement inscrits des établissements d'enseignement supérieur, secondaire, primaire, technique publics et privés appartenant à l'une des trois catégories suivantes :

a) Hommes nés entre le 1er janvier et le 31 décembre 1920 ;

b) Hommes nés entre le 1er janvier et le 31 décembre 1921 ;

c) Hommes nés entre le 1er janvier et le 31 décembre 1922,

et astreints au service obligatoire du travail prévu par la loi du 16 février 1943, seront tenus d'accomplir ce service à partir du 1er septembre 1943.

Article 2. — Ce service comportera deux périodes :

a) Une première année au cours de laquelle les étudiants visés par l'article 1er du présent décret seront placés à la disposition du commissaire général au service obligatoire du travail pour être mis au service de la nation ;

b) Une deuxième année où les étudiants susvisés pourront, tout en reprenant leurs études, être employés selon certaines modalités.

Les conditions d'application du présent décret seront fixées par arrêtés ministériels.

Ecoles de Médecine

Clermont-Ferrand. — M. Dastugue, professeur suppléant de physiologie est nommé professeur titulaire de la chaire de chimie biologique en remplacement de M. Bert, retraité.

M. Adrien Piollet, professeur suppléant est nommé professeur titulaire de pathologie chirurgicale,

M. Germain Petit, professeur suppléant est nommé professeur titulaire de médecine légale.

M. le Professeur Alary est transféré de la chaire de pathologie chirurgicale dans celle de clinique chirurgicale. M. le Professeur Germain est transféré de la chaire d'histologie dans celle de clinique chirurgicale infantile en remplacement de M. Dionis du Séjour, retraité. M. le Professeur Paillard est transféré de la chaire de pathologie interne dans celle de clinique médicale en remplacement de M. Castaigne, retraité. M. Ackermann, professeur de médecine légale est nommé professeur de pathologie interne.

Santé Publique

Secrétariat d'Etat à la Santé. — Réunion de presse du 22 février. — Dans cette réunion, le Dr Grasset a fait le point sur chacune des importantes questions qui sollicitent son attention.

Le tarif des accidents du travail fait encore l'objet de conversations entre les administrations intéressées. On peut espérer que le relèvement de 50 % sera obtenu.

La nouvelle Nomenclature des actes professionnels qui a soulevé bien des objections sera revue et retouchée après la consultation en cours auprès des Conseils de l'Ordre.

Les initiatives des Comités sociaux en matière d'organisation de soins sont l'objet de l'attention du Ministre.

Le texte du décret portant règlement d'administration publique relatif aux hôpitaux français est sur le point de paraître à l'*Officiel*.

Les questions des allocations familiales et de la retraite sont toujours en suspens.

Le Ministre se félicite d'avoir obtenu la suppression des reçus du carnet à souches. Le livre-journal est maintenu mais il est anonyme.

Enfin à propos de la relève des médecins prisonniers, le Dr Grasset indique que 449 médecins sont déjà ou vont être relevés.

Sur 800 médecins qui donnent leurs soins aux prisonniers il y aura en tout 552 médecins de l'active. Ce dernier chiffre comprend les 103 médecins de l'active actuellement dans les camps.

La lutte contre les maladies vénériennes. — Quelques jours après le texte législatif ayant trait à l'organisation de la tuberculose, vont paraître à l'*Officiel* une loi relative à la prophylaxie et à la lutte contre les maladies vénériennes ainsi qu'un décret organisant les services antivénériens dans le cadre régional.

Par le premier de ces deux textes, M. le Secrétaire d'Etat à la Santé sort délibérément des routines étroites et périmées datant du Premier Empire. Il inscrit dans une loi d'ensemble les principes fondamentaux relatifs à la lutte contre les maladies vénériennes qui constitueront une charte moderne d'essence avant tout médicale et sociale.

En médecin réaliste qui connaît par expérience l'exercice de la médecine pratique et celui de la médecine sociale, le Dr Grasset adopte les dispositions législatives qui s'inspirent à la fois des expériences faites à l'étranger et aussi en France par les pionniers de la lutte antivénérienne.

La loi proclame un principe fondamental : l'obligation pour tout vénérien contagieux de se traiter.

Une loi si complète soit-elle ne vaut que par son application. La loi contre les maladies vénériennes suppose la collaboration du public, des médecins et des organismes de lutte antivénérienne et une parfaite coordination dans le fonctionnement de ces derniers.

C'est dans cet esprit qu'une première mesure d'application de la loi vient d'être édictée. Il s'agit du décret réorganisant dans le cadre des régions administratives, les services antivénériens. Auprès de chaque Directeur régional de la Santé et de l'Assistance vont se trouver un ou plusieurs médecins spécialistes qualifiés qui apporteront aux services administratifs leurs conseils et leur concours pour le perfectionnement et la marche des organismes de lutte antivénérienne.

Voir la suite des Informations page 94

CHRONIQUE

La médaille du Professeur Lereboullet

Dimanche, dans une cérémonie intime présidée par M. le doyen Baudouin, les élèves et les amis du Professeur Pierre Lereboullet lui ont offert une médaille à l'occasion de son honorariat.

Malgré l'intimité de la réunion, les amis étaient venus en foule. Citons au hasard des entrées : le vénéré M. Henri Barth qui porte allègrement ses 89 ans, puis MM. Sézary, Carnot, Perrin (de Nancy), Brindeau, Nobécourt, Hartmann, Cunéo, Guillain, Lemierre, Loeper, Tiffeneau, H. Bénard, Chabrol, Lian, Milian, F. Bezançon, Laubry, Aubertin, Labey, Fiessinger, Debré, Harvier, Binet, Ombrédanne, Lance, Sorrel et Mme Sorrel-Dejerine.....

M. Saint-Girons, au nom des amis et des anciens internes de Lereboullet, apporte les témoignages des amis lointains. Il lui remet la belle médaille due au grand talent de M. de Jaeger, Grand Prix de Rome.

M. Rossier se fait l'interprète reconnaissant des plus jeunes élèves du Maître.

M. le Professeur Cathala, à son tour, parle avec émotion de l'homme et avec admiration du savant auquel il a été appelé à succéder.

Il rappelle comment Lereboullet a brûlé les étapes : premier à l'externat, premier à l'internat, médaille d'or, médecin des hôpitaux, agrégé. Il succéda à Marfan dans la chaire de clinique des maladies du premier âge aux Enfants-Assistés après avoir passé huit ans aux Enfants-Malades. En 1933 il fut élu à l'Académie de Médecine.

Lereboullet, ajoute M. Cathala, a beaucoup travaillé et beaucoup écrit. Est-il nécessaire de rappeler sa collaboration avec son Maître Gilbert et ses travaux sur les cirrhoses, puis ses publications sur la diphtérie, les glandes endocrines, le thymus, les syndromes hypophysaires, le mongolisme. Ne connaît-on pas son dévouement à l'Ecole de puériculture de la Ville de Paris dont il fut directeur ?

M. le doyen Baudouin qui fut l'élève de Lereboullet avant d'être son collègue à la Faculté et au « Paris Médical » rappelle des souvenirs personnels et dit aussi son admiration et son affection pour Lereboullet, qui mérite si bien le nom de « patron de l'Enfance ».

Avec une émotion qu'il ne dissimule pas, Lereboullet remercie ses amis. Il rappelle ses maîtres : M. Barth, qu'il salue avec respect, M. Gilbert... Il parle de ses amis, de Jean Hutinel, trop tôt disparu, de ses élèves, de son service des Enfants-Malades, puis des Enfants-Assistés.

Il reporte sa pensée vers ses ascendants : son grand-père Egger, l'illustre helléniste, son père Léon Lereboullet qui descendait d'une lignée de médecins alsaciens, fut agrégé du Val-de-Grâce puis professeur à la Faculté de Lille, avant de revenir à Paris. On connaît sa collaboration inoubliable avec Dechambre à la « Gazette hebdomadaire » et dans la rédaction du célèbre dictionnaire.

Il fut aussi l'un des collaborateurs de Mathias Duval et fit enfin partie de l'Académie de Médecine. Lereboullet rappelle encore le dévouement de son père aux œuvres confraternelles, comme président de l'Association Générale des Médecins de France.

Nous qui avons été admis, au temps de notre jeunesse, dans l'intimité de la maison de ses parents, rue de Lille, nous comprenons son émotion lorsqu'il rappelle ces souvenirs ; nous comprenons aussi la douceur qu'il éprouve de pouvoir réunir autour de lui tous ses enfants auxquels il s'est consacré avec tant de tendresse lorsqu'ils furent privés de leur admirable mère.

Lereboullet a le droit d'être fier en voyant son fils aîné le continuer comme il a continué lui-même la belle lignée de savants et de médecins dont il descend.

F. L. S.

Une conférence du Dr Hellmuth Unger

La semaine dernière, à la Maison de la Chimie, le Dr Hellmuth Unger a fait une conférence consacrée aux « Hauts faits de la médecine allemande », c'est-à-dire aux travaux ou aux découvertes qui, ayant subi l'épreuve du temps, ont eu une influence durable sur l'évolution des sciences médicales.

Dans une large esquisse de l'histoire de la Médecine, le conférencier a tenu d'abord à rendre un hommage d'admiration aux savants étrangers qui ont honoré la science dans tous les pays : à Morgagni, à Laënnec, à Lister et surtout, à Pasteur.

Puis dans une rapide revue, le Dr Hellmuth Unger reconnaissant à Lord Lister le nom de père de l'antisepsie, revendique pour Semmelweis, qui lutta avec succès contre la fièvre puerpérale, le nom de père de l'asepsie.

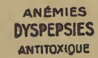
Il rappelle encore deux faits mémorables : en ophtalmologie, l'invention de l'ophtalmoscope par Holmholtz et dans le domaine de la douleur, la préparation du chloroforme par Justus von Liebig.

En pathologie médicale, un des grands événements du siècle fut assurément la découverte en 1882, par Robert Koch, du bacille de la tuberculose. Si Robert Koch put faire cette découverte, ne le dut-il pas en partie à l'objectif à immersion et à l'éclairage d'Abbe, d'Iéna ?

Il est inutile d'insister sur les travaux de Koch qui suivirent : sur sa découverte de la tuberculine, puis du bacille du choléra. Ils sont connus de tous. Les recherches de Löffler qui isola et cultiva, en 1884, le B. de la diphtérie découvert un an auparavant par Klebs, ne le sont pas moins ainsi que les travaux de Röntgen, le génial inventeur, ceux de Virchow, l'illustre anatomopathologiste, ceux de Wagner-Jauregg et ceux de Schaudinn.

Et comme tout s'enchaîne, on voit les travaux des savants d'un pays orienter ou éclairer les travaux des savants du pays voisin. Les découvertes de Löffler furent confirmées et complétées par Roux et Yersin, disciples de Pasteur, celles de Behring par Roux et Louis Martin au mémorable congrès de Buda-Pesth. Les célèbres recherches de Langerhans sur le pancréas ont déterminé la découverte sensationnelle de l'insuline par l'Américain Banting...

La conférence très documentée du Dr Hellmuth Unger démontre une fois de plus la nécessité des échanges scientifiques entre les différentes nations. C'est finalement l'humanité entière qui en bénéficie.





Le soi-disant Syndrome pyramidal irritatif

EST-IL LÉGITIME ?

Par MM. J. Lhermitte, *Membre de l'Académie de Médecine*
Ajuriaguerra et Jequier

S'il est une idée qui tend à devenir presque un dogme de neuropathologie c'est bien celle qui tient que, à côté des syndromes déterminés par la destruction de tel ou tel dispositif nerveux, il existe en contre-partie des syndromes conditionnés par une irritation morbide de ces mêmes dispositifs ; en sorte que l'on décrit, d'une part, des syndromes « déficitaires » et, d'autre part, des syndromes « irritatifs ». Et l'exemple le plus banal que l'on peut choisir pour illustrer ce thème général est assurément le double syndrome pyramidal « déficitaire » et « irritatif ».

L'idée d'attribuer un rôle excitateur aux dégénérations pyramidales date de loin, nous la saisissons déjà dans Charcot et Vulpian pour lesquels la contracture des hémiplégiques et des paraplégiques est liée à l'irritation permanente que la sclérose du F. Py. dégénéré provoque dans les cellules de la substance grise de la moelle (1).

Dans son admirable ouvrage sur la séméiologie des maladies nerveuses, J. Dejerine écrit à propos des petits signes de l'hémiplégie organique que ceux-ci répondent à plusieurs groupes de phénomènes : symptômes paralytiques, signes d'irritation pyramidale, signes d'hypotonie musculaire.

Et le même auteur envisageant les contractures précoces de l'hémiplégie n'hésite pas à enseigner que celles-ci « résultent vraisemblablement d'un certain degré d'irritation inflammatoire » développée par la lésion ; que « la lésion est plutôt de nature irritative que destructive ». Enfin en exposant la localisation des lésions provocatrices des mouvements choréo-athétasiques J. Dejerine rappelle l'opinion de Kahler et Pick pour lesquels « les mouvements post-hémiplégiques relèvent de l'irritation des fibres pyramidales sur un point quelconque de leur trajet. La destruction du F. Py. entraîne la paralysie, son irritation, la série des mouvements involontaires ».

Observons que la thèse de l'irritation pathologique des fibres pyramidales ne s'applique pas, selon J. Dejerine, aux seuls phénomènes spasmodiques mais encore peut être de mise pour l'explication du signe de l'orteil de Babinski. Le signe de Babinski « se rencontre, écrit Dejerine, dans les lésions cérébrales et médullaires avec irritation ou destruction du f. pyramidal », car « Babinski a montré, poursuit Dejerine, que dans les cas de lésions ou d'irritation du F. Py., le réflexe en flexion plantaire normal était remplacé par un mouvement d'extension du gros orteil ».

A propos d'un cas de syringomyélie spasmodique, Babinski déclare que « la contracture liée à une irritation des f. pyramidaux s'accompagne ordinairement d'une exagération des réflexes tendineux ».

Il serait excessif d'insister davantage sur l'importance qu'accordent les neurologistes que nous venons de citer, à l'irritation pathologique des f. pyramidaux dans le déterminisme des contractures des hémiplégiques et des paraplégiques comme aussi en tant que facteur déterminant du signe de l'orteil de Babinski.

Plus récemment, dans une série d'articles, M. Barré s'est attaché à faire voir que le syndrome pyramidal global était fait de deux éléments opposés par leur essence : l'un de nature déficitaire, l'autre de nature irritative. Dès 1921, M. Barré avec Sheperd expose que si la manœuvre de la jambe est un signe direct de paralysie, le phénomène des orteils spécifie plutôt la nature irritative de la lésion ou du trouble pyramidal. Et M. Barré de conclure qu' « il paraît légitime et utile de distinguer dans la série pyramidale *a*) des signes de déficit pyramidal et *b*) des signes d'irritation pyramidale dont le phénomène des orteils semble être une des manifestations les plus habituelles.

En outre, « ces deux syndromes en rapport, le premier avec une lésion destructive, le second avec une lésion irritative, existent isolément ou s'associent. Quand ils coexistent, le syndrome pyramidal mixte ou complet se trouve constitué ».

Ailleurs, M. Barré écrit à propos d'un cas de paraplégie causée par un projectile : « Actuellement, ... le sujet ... présente de nombreux signes d'irritation pyramidale, mais de très légers signes de déficit pyramidal. Ce cas montre l'utilité qu'il y a à séparer dans le syndrome pyramidal deux syndromes très fréquemment associés à des degrés divers mais tout à fait isolés parfois, le syndrome de déficit et le syndrome d'irritation ».

On ne saurait se méprendre à la lecture de textes aussi clairs. Selon M. Barré, auquel nous sommes redevables d'un approfondissement remarquable de nos connaissances en sémiologie, non seulement il nous faut admettre la réalité d'un syndrome spécial dont l'irritation morbide de la voie pyramidale est à l'origine, mais encore admettre que ce syndrome peut, chez certains sujets, doubler le syndrome déficitaire qui, lui, est proportionnel aux éléments cortico-spinaux détruits par la lésion.

A ceux qui pourraient penser que cette association de deux syndromes aussi radicalement opposés contient en elle-même une contradiction, nous répondrions que c'est là juger superficiellement et qu'il est des processus tels les états allergiques à la fois sensibilisant et immunisant en lesquels s'assemblent des réactions en apparence contradictoires. Le problème n'est donc pas de déterminer si un syndrome pyramidal est formé d'éléments déficitaires et irritatifs mais, plus simplement, si nous devons reconnaître la validité d'un « syndrome pyramidal d'irritation ».

(1) Brissaud et Souques. *Traité de Médecine Charcot, Bouchard*, tome IX, art : hémiplégie.

⁂

Quels sont donc les phénomènes que l'on tient pour la résultante de « l'irritation pyramidale » ? Ce sont les contractures toniques ou cloniques, les réflexes défensifs, le signe de l'orteil de Babinski, les paroxysmes convulsifs de l'épilepsie motrice.

Ces manifestations peuvent-elles être comprises comme l'expression de l'irritation du système pyramidal ? Tel est le problème.

Il est bien évident que l'hypertonie musculaire et les contractures post-hémiplégiques ne tirent pas leur origine dans une irritation pyramidale puisque celles-ci s'observent régulièrement chez les sujets dont la voie pyramidale se montre complètement dégénérée ; qu'on n'objecte pas la possibilité d'une influence exercée par le f. pyramidal homolatéral car Lhermitte et Riddoch ont fait voir que des spasmes, des contractures toniques et cloniques pouvaient apparaître à la suite des sections les plus complètes de la moelle dorsale.

Il en va tout de même pour ce qui est des réflexes défensifs dont l'extension du gros orteil n'est qu'un des éléments, ainsi que le pensait Vulpian et que nous l'avons soutenu (1), de même que récemment Fulton.

Les mouvements de fuite ou de retrait des membres inférieurs déterminés par toute stimulation cutanée ou profonde de leur extrémité distale se montrent au mieux lorsque la moelle dorsale est totalement divisée, à la condition, est-il besoin de le préciser, que le segment spinal inférieur soit intact.

Le signe de Babinski, de même que les réflexes dits de défense sont si peu la résultante de l'irritation du f. pyramidal que ces phénomènes font leur apparition seulement après que la dégénération pyramidale a été consommée. Le fait brutal le l'extension bilatérale de l'orteil à la suite de l'excitation plantaire chez les blessés dont la moelle dorsale est totalement divisée ne permet guère de discussion sur la signification du signe de l'orteil ; de toute certitude, ce phénomène ne peut être en aucune manière, tenu pour l'expression d'une irritation du système pyramidal.

Il est bien inutile de reprendre le problème des réflexes défensifs ; comme l'avait montré Vulpian chez l'animal et comme l'ont retrouvé chez l'homme George Riddoch et J. Lhermitte, l'activité défensive, de même que l'activité automatique dont l'isolement du tronçon inférieur de la moelle permet la réalisation, se trouvent exaltées au maximum lorsque la section médullaire est complète et absolue. Il faut donc, de toute nécessité, chercher pour l'explication des phénomènes que nous visons un tout autre mécanisme que celui d'une irritation pyramidale.

Doit-on mettre à l'actif de l'irritation pyramidale les spasmes tonico-cliniques de l'épilepsie convulsive ? Là encore les faits d'observation nous obligent à donner une réponse négative. Non seulement chez l'animal expérimenté mais chez l'homme, la grande agitation musculaire épileptique ne répond pas à une irritation pas plus qu'à une stimulation du système pyramidal. En effet, dans les cas où toute la corticalité rolandique a été rigoureusement détruite par un ancien processus vasculaire et où, par conséquent, le f. pyramidal se trouve complètement dégénéré, les paroxysmes épileptiques s'expriment aussi bien du côté sain que du côté paralysé par des contractions toniques et cloniques, avec la seule différence que du côté lésé les secousses cloniques se montrent un peu moins rapides. Lhermitte avait déjà, en 1932, rapporté un fait démonstratif ; tout récemment MM. Riser, Gayral, Géraud et Mlle Lavitry ont repris l'étude clinique et expérimentale de la crise comitiale motrice et fait voir que les plus grands paroxysmes moteurs ne nécessitaient nullement la conservation du système pyramidal car ceux-ci se manifestent chez les sujets dont tout le cortex rolandique, origine des fibres cortico-spinales, est détruit.

Ainsi donc, en dernière analyse, de toutes les manifestations que certains auteurs ont attribué à l'irritation du f. pyramidal, il ne reste rien. Certes, la suppression de la grande voie cortico-spinale entraîne bien la survenance de phénomènes positifs au sens jacksonien qui s'opposent et forment contraste aux phénomènes négatifs ou de déficit du système pyramidal, mais les manifestations positives que figurent les contractures, les spasmes, les mouvements défensifs et automatiques, le signe de Babinski entre autres, ne peuvent pas être considérées comme la traduction clinique d'une irritation du système pyramidal.

Quelle peut donc être la pathogénie à leur attribuer ?

On est trop familiarisé aujourd'hui avec la doctrine jacksonienne pour que nous songions à la présenter, ne fût-ce même qu'en raccourci. Ce qui doit être maintenu dans l'esprit tient en peu de mots. Les phénomènes que l'on a mis à la charge de la soi-disant irritation pyramidale ne sont, au vrai, que le témoignage de la dissolution *locale* des fonctions nerveuses, laquelle s'accompagne de la libération des activités qui se trouvent sous la dépendance des systèmes hiérarchiquement supérieurs. Ainsi que l'exprime H. Jackson, la doctrine de l'évolution implique le passage du plus organisé au moins organisé, du plus fixe ou moins stable, du moins complexe au plus complexe ; d'un autre côté, la dissolution répond à un processus qui, tout ensemble, supprime la fonction des centres supérieurs et libère de tout frein, de toute contrainte, les activités qui leur sont normalement subordonnées.

(1) J. Lhermitte. *La section totale de la moelle dorsale.* Un vol., 1919.

En nous appuyant sur ce principe général de l'évolution des fonctions et de leur dissolution causée par les processus pathologiques, nous pouvons nous représenter la manière dont s'enchaînent les manifestations que nous avons en vue. Pour ce qui est des phénomènes négatifs, ou de déficit, leur origine est assez claire ; ils s'expliquent par la suppression ou la désintégration des structures supérieures ; quant aux seconds, nous voulons dire aux phénomènes positifs, tout nous indique qu'il convient de les entendre comme le témoignage de la libération, de l'échappement au contrôle des centres supérieurs détruits.

BIBLIOGRAPHIE

J. Dejerine. Sémiologie des affections du système nerveux, 1914, Un vol. Masson Passim.

J. Babinski. Syringomyélie avec contractures. *Rev. Neurol.*, 1913, T. I., p. 246.

J. Barré. *Presse Médicale*, 1919, p. 793 ; *Revue Neurol.*, 1923, T. I, p. 330 ; *Rev. Neurol.*, 1929, T. I, p. 395 ; *Rev. Neurol.*, 1931, T. II, p. 457 (Congrès des Neurolog. tenu à Berne).

J. Barré et Sherperd. *Rev. Neurolog.*, 1921, p. 882.

J. Barré et Woringer. *Rev. Neurolog.*, 1930, p. 492, T. I.

D. Triantaphyllos. Existe-t-il des troubles irritatifs en pathologie nerveuse et mentale. *Rev. Neurolog.*, 1919, p. 881.

L. Bard. Du mécanisme des contractures tardives des hémiplégiques. *Presse Médicale*, 18 juin 1927, 8, 769.

Ch. Foix et Chavany. La contracture pyramidale. *Presse Médicale*, 26 juillet 1924, p. 629.

J. Lhermitte. *La section totale de la moelle dorsale.* 2 vol., 1919, Maloine. *Les mécanismes du cerveau*, 1 vol. N. R. F., 1938.

J. Fulton. *Physiology of the nervous system.* 1 vol. 1938.

J. Fulton et Allen Keller. *The sign of Babinski.* 1 vol. 1932, Baillière, London.

J. Hughlings Jakson. *Selected writings*, 1932.

V. Weizsacken. *Reflexgesetze in spezielle physiologie de zentralnervensystems der Wirbeltiere.* 1 vol., Springer, 1927.

O. Fœrster. *Symptomatologie des Rückenmarks und seiner Wurzeln.* in *Handbuch der Neurologie Bumke-Fœrster*, T. V.

LES RÉTICULOSES EN PATHOLOGIE PULMONAIRE

par P. Cazal
(de Montpellier)

Malgré l'extension que prend actuellement peu à peu la pathologie du système réticulo-histiocytaire, malgré les précisions que nous apportent chaque jour la clinique et l'anatomie pathologique, les réticulopathies sont le plus souvent considérées comme faisant partie d'un domaine très spécialisé. Il n'en est cependant rien : elles intéressent toutes les branches de la médecine. Dans un article récent, en collaboration avec J. Rodier, j'ai étudié leurs aspects neurologiques. Je voudrais aujourd'hui insister sur d'autres manifestations, plus fréquentes et d'intérêt diagnostique considérable, les manifestations pulmonaires. Ce sont les *syndromes pneumo-réticulaires* ou *pneumo-réticuloses*.

Nous passerons d'abord en revue les manifestations pulmonaires des diverses réticuloses, pour essayer ensuite d'en dégager les caractères généraux. Nous conserverons dans les lignes qui suivent la classification que j'ai proposée récemment (1).

***

I. *Réticulose histiomonocytaire.*

L'atteinte pulmonaire est particulièrement fréquente au cours de cette affection qui est une des réticulopathies les plus diffuses et les plus polymorphes. Mais, le plus souvent, son importance est minime ; les lésions sont alors cliniquement muettes et radiologiquement invisibles ; seul l'examen histologique les décèle. C'est ainsi que, dans la plupart des observations avec autopsie complète qui ont été publiées, a été signalée une *infiltration réticulo-histiocytaire des parois interalvéolaires* (Benecke, 1932, Nordenson, 1933, cas n° 1 de Parks, 1934, Lupu et Brauner, 1935, Alchowsky et Funstein, 1936, Hörhold, 1937, cas n°s 1 et 2 de Malthe-Jacobsen, 1942).

Plus rarement, les lésions s'extériorisent à l'examen clinique ou radiologique. Dans le cas de Uher, il s'agissait de *foyers de condensation* pseudo-lobaires. Ceux de Nienhuis et de Bonne et Lodder étaient caractérisés par un *semis de granulations micronodulaires*.

Les lésions les plus dignes d'intérêt sont celles que Marie, Normand, Mallet et Salet ont nommé « *pneumo-réticulose bulleuse* », et que l'on retrouve dans les cas de Guizetti (1931), de Siwe (1934), de van Creveld et Ter Poorten (1935) et de Marie, Normand, Mallet et Salet (1941). Il s'agit d'une infiltration dense du parenchyme par des éléments réticulo-histiocytaires, avec formation de cavités en communication avec les bronches et remplies d'air. Ces bulles emphysémateuses peuvent crever à la surface du poumon et déterminent alors, selon leur localisation, un emphysème médiastinal (cas de Guizetti), ou un pneumothorax (cas de van Creveld et Ter Poorten, de Marie, Normand, Mallet et Salet).

La traduction radio-clinique de ces lésions était particulièrement nette dans ce dernier cas. Il s'agissait d'un nourrisson de huit mois, hospitalisé pour crises dyspnéiques et cyanose, et qui présentait une tachypnée intense, avec battement des ailes du nez et tirage sus-sternal, une cyanose nette et une toux quinteuse. Il n'existait pas de signes physiques pulmonaires anormaux. L'examen radiologique a montré une obscurité dense, non homogène, de la presque totalité des deux champs pulmonaires, évoquant l'aspect d'un œdème infectieux.

II. *Réticulose épithélioïde : Maladie de Besnier-Boeck-Schaumann.*

Les manifestations pulmonaires de la maladie de Besnier-Boeck-Schaumann sont bien connues depuis les travaux de Pautrier et la thèse d'Ortholan. Elles peuvent se présenter soit parmi d'autres localisations, soit comme manifestations prédominantes (formes ganglio-pulmonaires ou pulmonaires pures). Contrairement aux précédentes, ce sont surtout leurs aspects radio-cliniques qui ont été étudiés, plutôt que leurs aspects histologiques, la maladie de Besnier-Boeck-Schaumann étant essentiellement bénigne.

Les lésions histologiques, connues surtout grâce aux autopsies de Mylius et Schürmann, de Schaumann, de Beintema, de Danbolt et Hvald, et enfin de Berg, sont tout à fait caractéristiques, et, comme dans les autres organes, sont constituées par des nodules ou des boyaux de cellules épithélioïdes.

L'intérêt primordial des localisations pulmonaires de cette affection réside avant tout dans leur diagnostic différentiel d'avec les lésions tuberculeuses. Si l'on excepte les adénopathies hilaires, très fréquentes, mais qui sont à proprement parler extra-pulmonaires, et les lésions pleurales, assez rares, pouvant entraîner des pleurésies séro-fibrineuses, les localisations pulmonaires de la maladie de Besnier-Boeck-Schaumann peuvent apparaître sous trois aspects radiologiques (1) :

1° *Le type réticulaire* représente l'atteinte la plus légère, revêtant l'aspect d'« images en mailles de filet ». Il correspond probablement à une simple hyperplasie de la trame, sans bouleversement des structures pulmonaires.

2° *Le type micronodulaire* correspond à l'aspect classique de la « granulie froide ». C'est le plus fréquent, et, comme le précédent, il ne s'accompagne pas de symptomatologie clinique.

3° Enfin des *infiltrats denses*, beaucoup plus rares, ont été décrits dans deux observations récentes, celles de Pautrier et de Pautrier et Heimendiger. L'aspect radiologique rappelle tout à fait celui de la tuberculose fibro-caséeuse, et, contrairement aux types précédents, les lésions se localisent de préférence aux sommets.

III. *Réticuloses granulomateuses : Maladie de Hodgkin.*

On connaît assez bien à l'heure actuelle les formes respiratoires de la maladie de Hodgkin pour qu'il soit inutile d'y insister longuement. Les formes de beaucoup les plus fréquentes sont les *adénopathies médiastinales et hilaires* que l'on doit rechercher maintenant de façon systématique chez tous les hodgkiniens. Plus rares sont les *formes pleurales* (pleurésies hodgkiniennes, primitives ou secondaires).

Les *formes parenchymateuses*, qui nous intéressent plus spécialement ici, peuvent simuler la tuberculose ou le cancer du poumon. Elles s'extériorisent en général par une symptomatologie assez nette, mais peu caractéristique (toux, hémoptysies parfois ; à l'examen submatité et signes de condensation). L'examen radiologique permet de différencier plusieurs types (Ratti) :

1° Un type micronodulaire, très rare.

2° Un type infiltrant, médiastino-pulmonaire, qui apparaît en général à des stades précoces de l'affection, et qui est caractérisé par une opacité massive pulmonaire associée à des adénopathies hilaires.

3° Un type à foyers disséminés, que l'on observe surtout à des stades avancés.

L'étude histologique permet de superposer à ces types diverses formes d'infiltrats : infiltrats interalvéolaires, nodulaires ou diffus. Il faut cependant insister sur l'importance de lésions non spécifiques que l'on pourrait qualifier d'« épi-hodgkiniennes », tels que l'atélectasie (Ratti) ou que des phénomènes exsudatifs simples (von Braitenberg). Dans les cas où ces derniers sont particulièrement importants, il s'agit alors de « pneumonie lymphogranulomateuse ».

IV. *Réticuloses lipoïdiques.*

Bien que l'on ait constaté histologiquement la présence, dans les parois interalvéolaires des poumons, des cellules spumeuses caractéristiques des cholestérinoses et des phospholipidoses, les déterminations proprement pulmonaires sont l'apanage de la maladie de Gaucher. Ce sont Merklen, Waitz et Warter, puis Merklen, Hoerner et Warter qui ont les premiers attiré l'attention sur ces aspects. Le premier malade

(1) P. Cazal. Un nouvel aspect de la médecine tissulaire, *Les réticulopathies et le système réticulo-histiocytaire.* Paris, Vigot frères, éditeurs, 1942. Un volume de 604 pages et 50 figures.

(1) Un cas a été décrit de *localisation bronchique* (Opsahl, *Acta med. scandinavica*, 1939) : nodule épithélioïde développé dans la bronche droite au niveau de la bifurcation trachéale, entraînant une symptomatologie de sténose bronchiale.

présentait toux, expectoration et hémoptysies, sans signes physiques ni radiologiques. Les cellules de Gaucher ont pu être retrouvées dans les crachats. Du point de vue histologique, il s'agissait dans les deux cas d'infiltration des parois interalvéolaires.

Plus récemment, Myers a décrit une « pneumonie gaucherienne » se compliquant secondairement de réaction pleurale, sans cellules de Gaucher dans l'expectoration. Zennder a observé lui aussi une infiltration de la trame, réalisant à l'examen radiologique un aspect de tramite, avec, par endroits, des images presque micronodulaires.

***

Après cette rapide énumération, trop rapide même en ce qui concerne certaines affections, nous pouvons envisager dans leur ensemble les caractères généraux de ces pneumo-réticuloses.

Quelques points importants sont cependant à souligner d'emblée :

1° La symptomatologie clinique, parfois grave, est le plus souvent banale ou manque totalement. Elle ne pourra jamais servir de base à un diagnostic précis.

2° Les aspects radiologiques sont multiples, parfois caractéristiques, mais ils peuvent fréquemment être confondus avec ceux d'autres affections pulmonaires, surtout la tuberculose. Ils posent donc un gros problème diagnostique.

Essayons maintenant de classer ces différentes manifestations :

I. Adénopathies trachéo-bronchiques. — Elles sont évidemment très fréquentes, associées ou non à d'autres adénopathies, surtout dans la maladie de Hodgkin et la maladie de Besnier-Boeck-Schaumann. Leur symptomatologie est variable ; le plus souvent latentes, révélées seulement par l'examen radiologique, elles déterminent parfois l'apparition de petits signes (toux), plus rarement un syndrome de compression médiastinale. Associées à des lésions parenchymateuses, elles représentent une forme spéciale, la forme ganglio-pulmonaire, surtout fréquente dans la maladie de Besnier-Boeck-Schaumann.

II. Lésions parenchymateuses. — Quatre types peuvent se rencontrer :

1° *Pneumo-réticulose interstitielle.* — L'hyperplasie réticulo-histiocytaire siège dans les travées interalvéolaires et respecte les alvéoles. La trame pulmonaire est épaissie, ce qui se traduit radiologiquement par un aspect de « tramite » ou « en mailles de filet » ou encore « marbré ». Il n'existe aucun signe clinique et ces lésions sont des trouvailles radiologiques.

Parfois, quelques éléments pathologiques tombent dans les alvéoles et se retrouvent dans l'expectoration (lipoïdoses pulmonaires).

2° *Pneumo-réticulose micronodulaire.* — Ce type correspond à l'aspect de « granulie froide ». Les poumons sont parsemés de petites granulations miliaires, qui correspondent chacune à un territoire pluri-alvéolaire densifié. Dans ce territoire les alvéoles sont entièrement comblées par le processus hyperplasique. Ces lésions n'ont pas de traduction clinique, ou ne déterminent qu'une symptomatologie très fruste ? Elles sont surtout connues dans la maladie de Besnier-Boeck-Schaumann, mais elles existent dans les autres types de réticuloses.

3° *Pneumo-réticulose infiltrante massive.* — Ce ne sont plus ici quelques alvéoles qui sont comblées par le processus, mais un grand territoire pulmonaire, à systématisation lobaire ou pseudo-lobaire. Des signes physiques de condensation peuvent alors apparaître. Cette éventualité se rencontre principalement dans la maladie de Hodgkin, mais elle a été aussi signalée dans les autres types.

4° *Pneumo-réticulose bulleuse.* — Cette lésion, la plus complexe, n'a été rencontrée jusqu'à présent que dans la réticulose histiomonocytaire. En plus du processus d'infiltration diffuse et étendue apparaissent des bulles emphysémateuses. Les troubles fonctionnels sont intenses (dyspnée, cyanose) et l'examen radiologique décèle de vastes opacités non homogènes.

III. Lésions pleurales. — Elles sont assez rares et mal étudiées histologiquement. On a reconnu dans quelques cas l'existence d'infiltrats réticulo-histiocytaires dans les feuillets pleuraux. Le plus souvent, il s'agit d'épanchements liquidiens survenant pendant l'évolution d'une réticulose, et que l'on interprète comme déterminés par celle-ci.

En définitive, les déterminations pulmonaires des réticuloses doivent être connues, non seulement des spécialistes du système réticulo-histiocytaire, mais aussi de tous les pneumologues, ne serait-ce que pour les problèmes diagnostiques qu'elles soulèvent. En particulier, la question des aspects « en mailles de filet » et celle des « granulies froides » doivent être, à l'heure actuelle, complètement reconsidérées de ce point de vue. J'espère être arrivé à montrer tout l'intérêt qui s'attache à cette étude.

(Travail du Laboratoire de Pathologie générale. Prof. P. Pagès. Faculté de Médecine de Montpellier.)

BIBLIOGRAPHIE

Je donne ici seulement la liste des références qui ne sont pas citées dans mon travail de 1942 (référence indiquée en note).

Berg (S.). Tuberculose anergique ou maladie de Schaumann ? *Acta med. scand.*, *103*, 8-23, 1940.

Besnard. La pneumo-réticulose bulleuse. *Thèse Paris*, 1942.

Braitenberg (H. von). Beitrag zur pathologis. Anat. und Histol. der Lymphogranulomatose innerer Organe. *Virchows Arch.*, *302*, 63-88, 1938.

Cazal (P.). La réticulose histiomonocytaire et ses limites nosologiques. A paraître prochainement.

Cazal (P.) et Rodier (J.). Les réticuloses en neurologie. A paraître dans *Paris Médical.*

Hochenleitter (G.). Lungenveranderungen bei der Schaumannschen Krankheit. *Acta med. scand.*, *103*, 154-160, 1940.

Malthe-Jacobsen (K.). Reticuloendothéliose. Monozytenleukose. *Acta med. scand.*, *111*, 30-56, 1942.

Merklen (P.), Hoerner (G.) et Warter (J.). A propos d'un cas de maladie de Gaucher de l'adulte. Etude histopathologique. Lésions gauchériennes des poumons et des méninges. *Le Sang*, *10*, 789, 1936.

Merklen (P.), Waitz (R.) et Warter (J.). Maladie de Gaucher à déterminations osseuses avec cellules de Gaucher dans les crachats. *Annales de Médecine*, *33*, 97, 1933.

Myers (B.). Gaucher's disease of the lungs. *Proceed. Roy. Soc. Med.*, *31*, 1046-1047, 1938.

Ratti (A.). Il quadro radiologico del limphogranuloma maligno del polmone. *La radiologia medica*, *24*, 907-930, 1937.

Smith (M.-S.). Unusual lung infiltrations probably due to lymphogranulomatosis metascrophulosa (Schaumann). *Acta med. scand.*, *103*, 161-164, 1940.

Zennder (M.). Klinischer und chemischer Beitrag zur Studium des Morbus Gaucher. *Deutsch. Z. f. Chir.*, *250*, 422-454, 1938.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

IN MEMORIAM

L'an dernier, à pareille époque, notre cher rédacteur en chef, Léon Babonneix nous était enlevé. Il nous laissait plusieurs travaux dont nous avons pieusement assuré la publication depuis sa mort. Nous en avions réservé un : Le voici.

Est-il un meilleur moyen d'honorer la mémoire de l'ami inoubliable dont la vie fut un si grand exemple de labeur et de dignité et qui laisse parmi nous tant de regrets après nous avoir donné tant d'affection.

N. D. L. R.

INTERMÉDIAIRES CHIMIQUES

Par L. Babonneix

Membre de l'Académie de Médecine

Les physiologistes parlent beaucoup, depuis quelques années, d'*intermédiaires chimiques*, de *médiateurs chimiques*. Quels sont ces nouveau-venus ? C'est ce que nous voudrions exposer, en nous contentant d'un minimum d'indications bibliographiques (1), « parce que les doctes n'en ont pas besoins et (que) les autres ne s'en soucient pas ».

Leur découverte est due à M. O. Lœvi (1921). Séparons un cœur de l'organisme, tout en respectant ses nerfs : pneumogastrique et grand sympathique, et faisons-y circuler un liquide approprié. Il continue à battre. Excitons le pneumogastrique. On note aussitôt de la bradycardie. Jusqu'ici, rien que de connu. Mais voici qui l'est moins. Injecté à un second cœur, également isolé, le liquide de perfusion du premier cœur en ralentit le rythme, sans qu'on ait touché au pneumogastrique. Même constatation, *mutatis mutandis*, pour le sympathique.

L'excitation du pneumogastrique ou du grand sympathique produit donc des substances spéciales capables d'agir sur les éléments qu'ils innervent. Ces substances, on les appelle *intermédiaires chimiques*, parce que c'est par leur intermédiaire qu'agit l'influx nerveux auquel donne naissance l'excitation des nerfs correspondants. Envisageons successsivement :

Leur nombre. — Elles sont au nombre de deux : la *sympathine*, aujourd'hui identifiée à l'*adrénaline*, pour le grand sympathique. et l'*acétylcholine* pour le pneumogastrique (Dale, Cannon et leurs élèves) et pour les muscles striés.

Il y a donc deux ordres de fibres nerveuses, les unes sécrétant de l'adrénaline (*fibres adrénergiques*), les autres de l'acétylcholine (*fibres cholinergiques*), étant bien entendu que ces expressions « ont été adoptées pour désigner sans ambiguïté les divers nerfs d'après leur fonction et non d'après leur appartenance anatomique » (M. Tiffeneau).

Leur origine. — Elles sont *libérées par quantités infimes*, ou, si l'on préfère, par quanta qui s'additionnent. Elles arrivent ainsi à « franchir l'espace qui sépare la terminaison nerveuse de l'organe innervé. Quand elles seront suffisantes, l'organe réagira » (P. Chauchard).

Leurs transformations. — En ce qui concerne l'*adrénaline*, Cannon admet qu'elle ne tarde pas à se décomposer en deux substances, l'une excitante (M. E.), qui, pour certains, ne serait qu'une adrénaline combinée ou déméthylée (*artérénol*), l'autre inhibitrice (M. I.), ou *adrénoxine* (Bacq et Heirman) formée dans la plupart des muscles qui se relâchent

(1) P. Chauchard. *Le système nerveux et ses inconnues.* Collection Que Sais-je ? Paris, 1940, in-18, p. 58-62. — M. Tiffeneau. *Abrégé de Pharmacologie*, Paris, 1941, in-8°, p. 51.

sous l'action de l'adrénaline lorsque celle-ci a été transformée par une phénolase et voisine de la substance libérée au cours de la vaso-dilatation antédromique (Ungar et Parrot) (1).

Quant à l'*acétylcholine*, elle se décompose rapidement en choline, sous l'action d'un ferment spécial, le cholinestérol.

Ainsi, pour l'une comme pour l'autre, *instabilité, décomposition rapide*, d'où *perte presque immédiate de leur activité.*

Leur mode d'action. — Envisageons tour à tour leur rôle dans le fonctionnement.

Des *synapses*, où des prolongements, appartenant à des neurones différents, entrent en contact. Il semble bien qu'il soit secondaire, le « strict engrenage » que constitue la synapse ne permettant pas la libération d'une quantité suffisante d'acétylcholine. Toutefois, pour certains, elle sert à provoquer la naissance, dans le second neurone, d'un nouvel influx ;

De la *jonction nerf-moteur-muscle strié.* Jusqu'à nouvel ordre, il doit, lui aussi, être considéré comme négligeable ;

Du *système autonome* ou *végétatif*, constitué par deux appareils, souvent antagonistes, le grand sympathique ou orthosympathique et le parasympathique, représenté surtout par le pneumogastrique, et où se superposent deux neurones : un *préganglionnaire* et un *ganglionnaire*, le prolongement cylindraxile de ce dernier contrôlant le fonctionnement de l'organe terminal : fibres musculaires lisses ou glande. Des poisons, les uns agissent sur les fibres préganglionnaires (poisons dits *nicotiniques*), les autres, non sur les fibres postganglionnaires, mais au delà de leurs terminaisons, sur l'organe terminal (poisons *autonomes*). Ces poisons autonomes se divisent en *mimétiques* et en *lytiques*, selon qu'ils excitent ou paralysent cet organe, l'adrénaline et l'acétylcholine rentrant dans le premier groupe, l'adrénaline étant *sympatho* et l'acétylcholine *parasympathomimétique.* Rappelons enfin que, tandis que, pour les nerfs moteurs de la vie volontaire, la transmission nerveuse, se faisant entre éléments accordés ayant la même chronaxie, *isochrones* (L. Lapicque) est *instantanée* et *localisée* et qu'il suffit d'un seul influx pour obtenir une contraction, pour les nerfs appartenant au système autonome, elle se fait entre neurones désaccordés, *hétérochrones* (L. Lapicque). Pour que, de l'axone du premier, elle passe aux dendrites du second, l'organisme doit user de divers artifices : répétition des excitations (*fonctionnement itératif*, L. Lapicque), égalisation synaptique, réalisée par des moyens chimiques, de deux chronaxies différentes. Elle n'en reste pas moins *lente* et *diffuse.*

Revenons maintenant à l'acétylcholine. Elle a deux rôles essentiels.

Le premier paraît être « *d'agir en permanence sur la chronaxie des neurones ganglionnaires* pour la maintenir au voisinage de la chronaxie préganglionnaire, rendant ainsi possible la transmission physique de l'influx » (P. Chauchard). En faveur de cette ingénieuse hypothèse, deux arguments décisifs : 1° le blocage de la synapse après section des fibres préganglionnaires, ce blocage étant dû, non à la dégénérescence de ces fibres, parce que très précoce (Bacq et Coppez), mais à une augmentation considérable de la chronaxie du neurone ganglionnaire, puisque, d'une part, toute action capable d'abaisser cette chronaxie le fait disparaître (P. Chauchard) et que, de l'autre, à l'augmentation de cette chronaxie correspond la chute de la teneur du ganglion en acétylcholine (Mac Intosh) ; 2° contrairement à l'hypothèse de Langley, les poisons dits nicotiniques n'agissent, eux aussi, qu'en bloquant la synapse (P. Chauchard).

Quant au second, il consiste à *modifier le fonctionnement de l'organe terminal* par « excitation ou freinage d'un processus qui existait avant l'intervention du nerf » (P. Chauchard), autrement dit, par une sorte de modulation, suivant l'heureuse comparaison de P. Mollaret. C'est ainsi qu'elle peut en faire varier la chronaxie (L. Lapicque, Chauchard, Flankin, Frédéricq), donnée essentielle s'il est vrai qu'à ces variations de chronaxie correspondent des variations fonctionnelles de l'organe (L. Lapicque), et que, comme le soutient P. Chauchard, tout poison qui diminue la chronaxie favorise l'action des nerfs effecteurs pour entraver en même temps celle des inhibiteurs, et qu'inversement, tout poison qui l'augmente favorise le nerf inhibiteur et entrave le nerf effecteur. Notons, d'ailleurs, d'une part, que ces variations de chronaxie retentissent, à leur tour, sur la chronaxie du nerf correspondant et, de l'autre, que « les agents pharmacologiques favorisent ou entravent l'action de ce nerf selon que leurs effets sont synergiques ou antagonistes de ceux du médiateur » (P. Chauchard).

Sans doute « le lieu de formation de ces médiateurs, ni les conditions de leur libération ne sont-ils pas encore connus » (M. Tiffeneau). Sans doute, reste-t-il à expliquer comment une même substance, comme l'adrénaline, peut tantôt élever (action *glioscléríque* de L. Lapicque), tantôt abaisser (action *gliocinétique* de L. Lapicque) la chronaxie de l'organe terminal. Sans doute discute-t-on encore la question de savoir s'ils facilitent la transmission physique du premier au second neurone, à travers la synapse, en égalisant leurs chronaxies (P. Chauchard) ou s'ils favorisent la formation, dans celui-ci, d'un second influx, le premier s'arrêtant à la synapse. N'empêche que leur rôle dans le fonctionnement du système autonome : nerfs, muscles lisses, organes à double innervation (P. Chauchard), glandes et particulièrement (Dale) glandes endocrines, semble prépondérant. Et c'est pourquoi il n'est plus permis au médecin de l'ignorer.

(1) Elle est obtenue par excitation d'une surface sensible (peau), l'influx nerveux gagnant directement le réseau nerveux capillaire sans passer par la cellule (*réflexe d'axone*) (Bayliss, Frédéricq).

ACTUALITÉS

INTOXICATIONS PAR LE CADMIUM ET SYNDROME DE MILKMAN

Par R. Levent

Découvert en 1817 par Stromeyer comme impureté de certains composés du zinc, le cadmium a vu en ces dernières années ses usages industriels se multiplier.

En dehors de son emploi comme pigment jaune en peinture, il est mélangé à nombre de métaux pour l'obtention d'alliages aisément fusibles (fontes) ou pour faciliter des opérations de soudure (métaux précieux) ; on s'en sert dans la fabrication d'accumulateurs, de résistances électriques, de tubes luminescents ; il entre enfin dans la composition de certains produits pyrotechniques, de produits photographiques, d'amalgames dentaires même.

Il en résulte qu'en vingt ans la consommation en a à peu près décuplé et que les intoxications qu'il occasionne ont commencé d'attirer l'attention des hygiénistes et des médecins d'usine.

A l'état pur, le cadmium est un métal blanc, assez tendre et assez ductile ; ses propriétés chimiques le rapprochent du zinc ; de même ses propriétés pharmacodynamiques. Il a une action antiseptique vis-à-vis des microbes et des ferments figurés et une action empêchante vis-à-vis des diastases mais sa toxicité l'a fait écarter de tout usage médical.

Les intoxications sont donc jusqu'ici uniquement du domaine industriel ; le cas le plus anciennement observé remonte à 1858 (Sovet) mais ces accidents sont moins exceptionnels depuis qu'on traite des quantités importantes de ces produits. Il s'est, jusqu'à présent, agi uniquement d'accidents aigus ou subaigus. Tout dernièrement, cependant, une forme d'apparition retardée et d'allure chronique a été observée (1) entièrement différente de ce qu'on connaissait. Le parallèle qui s'impose avec certaines lésions osseuses rares dénommées syndrome de Milkman, observées en dehors de toute intoxication décelable, ne peut que provoquer des études physiopathologiques intéressantes pour l'explication pathogénique de certaines lésions du squelette.

On connaît depuis longtemps deux types cliniques d'accidents ; les uns aigus, les plus graves, succédant en général à l'aspiration de poussières abondantes, souvent en atmosphère surchauffée ; les autres subaigus, plus rares, ont eu parfois une origine médicamenteuse (emploi, aujourd'hui délaissé, du cadmium contre la syphilis ou la tuberculose).

Dans les formes aiguës les accidents débutent par des signes d'irritation des muqueuses respiratoires, toux en particulier, bientôt accompagnés de nausées, de vomissements, plus rarement d'hémorragies gastriques.

A la période d'état, le malade a un facies pâle et décomposé ; sa prostration est extrême ; il se plaint de céphalée, de frissons et surtout d'une constriction particulièrement douloureuse de la gorge, du thorax et de l'épigastre, ainsi que de crampes dans les membres inférieurs. L'anorexie est totale, il y a du hoquet, des nausées et bientôt des vomissements, des coliques et de la diarrhée. Le pouls est petit et rapide, les extrémités refroidies. Les urines sont rares et foncées. La toux persiste quinteuse et pénible. A l'auscultation, signes de bronchite avec ou sans emphysème ; on peut voir ces lésions se compliquer de pneumonie ou de bronchopneumonie.

Dans les formes subaiguës, quel qu'en soit le mécanisme, les signes gastro-intestinaux sont l'élément principal : gingivite, sécheresse de la gorge, tension pénible de l'épigastre, nausées, diarrhée. On voit s'installer une gastro-entérite avec épigastralgie violente et chute rapide du poids mais sans élévation thermique. Il y a parfois œdème de la face et albuminurie ; parfois du tremblement.

L'évolution de ces formes, surtout des aiguës, peut être grave et aboutir à la mort ; le plus souvent, cependant, on voit le malade guérir.

A ces types cliniques s'oppose le syndrome essentiellement chronique décrit par Nicaud et ses collaborateurs.

Le début en semble particulièrement lent puisque le sujet observé travaillait depuis onze ans en milieu toxique et que c'est seulement après huit ans que les accidents se sont manifestés. Ce sont les douleurs qui sont l'unique signe fonctionnel, insidieusement apparues, mais finissant par prendre une extrême intensité. Elles siègent dans les régions lombaire et inguinale et les membres inférieurs, surtout intenses au début de la marche, au changement de position ou à l'effort ; elles ont un caractère lancinant et surviennent par crises.

La marche devient progressivement très difficile, ne se fait plus qu'à petits pas, lentement et avec un dandinement rappelant la démarche des myopathiques. Marche et travail deviennent finalement impossibles.

L'examen physique ne décèle rien au niveau des os ni des articulations.

L'état général s'altère, le teint devient terreux, le nombre des globules rouges s'abaisse vers 3.000.000 ; le malade maigrit et perd ses forces.

L'examen radiologique montre des altérations squelettiques importantes, entièrement semblables à ce qui caractérise le syndrome de Milkman. Il existe, en effet, des stries et des fentes linéaires à direction transversale et bordées d'un liséré opaque de condensation, rappelant, sauf le cal et le déplacement absents, des traits de fracture. Les lésions

(1) Nicaud, Laffite, Gros et Gautier. Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris, 5, juin 1942.

siègent symétriquement sur les fémurs au-dessous du col, sur le péroné, sur les os de la ceinture pelvienne, sur l'humérus et au bord externe de l'omoplate. Certaines de ces stries ont un siège en rapport avec les zones douloureuses mais on peut en voir d'identiques dans des régions indolores.

L'évolution est lente et analogue à celle d'un rhumatisme chronique avec lequel les craquements articulaires et la présence de quelques becs ostéophytiques lombaires augmentent la ressemblance.

L'examen électrique des muscles et des nerfs est négatif.

L'examen chimique des humeurs montre une légère augmentation de la phosphatase sanguine, une élévation légère du rapport sérine-globuline par augmentation de la sérine et diminution de la globuline. Calcémie et calciurie sont normales de même la teneur du sang en acide ascorbique.

Ce syndrome clinique est entièrement superposable au syndrome décrit par Milkman et retrouvé par d'autres auteurs chez des malades n'ayant eu aucun contact avec le cadmium (ménopausiques, morphinomanes, etc.). La pathogénie importe sans doute plus que l'étiologie ; l'appauvrissement en calcium en serait la raison quelle que soit la cause première, mais sans que nous connaissions encore par quel mécanisme se réalise cet aspect clinique.

L'aspect des lésions a prêté à controverse ; il ne semble pas, quoi qu'on ait pu penser, qu'il y ait aucunement fracture même incomplète ; la localisation tiendrait à des causes purement mécaniques.

Certains auteurs (Rechad, Belger et Coste) rapprochent le syndrome de Milkman de l'ostéomalacie.

Dans l'étiologie de ce syndrome on n'a jusqu'ici trouvé que des causes banales d'appauvrissement calcique ; il semble que l'intoxication par le cadmium puisse trouver sa place parmi elles mais on ignore dans quelle proportion agissent les insuffisances d'apport, la carence D, la solubilisation excessive du phosphore empêchant la fixation calcique, la viciation du rapport calcium-phosphore ; sans doute les parathyroïdes interviennent-elles aussi.

En ce qui concerne particulièrement l'intoxication cadmique, il semble certain que le principal est la lenteur d'imprégnation et le séjour prolongé en milieu dangereux. La pénétration peut se faire par une excoriation cutanée, par voie respiratoire (inhalation de vapeurs ou de poussières) ou par voie digestive (mains souillées). La poussière de cadmium adhère très intimement aux téguments.

Dans cette forme chronique d'intoxication le pronostic, une fois le diagnostic posé, ne paraît pas plus grave que dans les syndromes de Milkman d'autre origine.

Un traitement simple fait disparaître les lésions et les douleurs en un temps qui s'échelonne entre quelques semaines et trois mois au plus : vitamine D en préparation concentrée, opothérapie thyroïdienne et recalcification associées. La prophylaxie comporte des mesures individuelles (gants et masques et lavage soigneux des mains) et des mesures collectives (captation des poussières). On peut y ajouter, le cas échéant, l'emploi des rayons U. V.

Peut-être l'expérimentation au moyen de cadmium permettra-t-elle d'élucider en même temps que le mécanisme du syndrome de Milkman certains points encore obscurs du rachitisme tardif ou de l'ostéomalacie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 23 février 1943

Rapports. — M. Perrot (Commission du *Rationnement alimentaire*) demande que le taux de blutage soit ramené le plus près possible de 80 % et au maximum de 85 %. On pourrait ainsi obtenir un pain blanc, léger et digestible, et récupérer le gros son qui est responsable des troubles digestifs souvent signalés.

— M. Fabre dépose un rapport au nom de la Commission des *Substances vénéneuses*.

— M. Mathieu, un rapport au nom de la Commission de la *Luxation congénitale de la hanche*.

La récupération du sang au point de vue de l'alimentation humaine. — M. Martel fait une communication très importante à l'heure actuelle :

1° Le sang est souvent microbien parce que mal récolté. Dans les abattoirs de Paris, seule la Boucherie Centrale des Hôpitaux fait exception à cette règle.

2° A la Villette, du sang coagulé est trituré dans une usine dite de fluidification ; son installation et son fonctionnement comme l'abattoir lui-même échappent aux prescriptions de la loi du 19 décembre 1917. Cet état de choses est à réformer.

3° Il n'y a pas lieu d'admettre les anticoagulants chimiques qui exigent une addition de 5 % d'eau au sang déjà riche en humidité (81 à 82 %).

4° Le défibrinage mécanique peut être proprement réalisé et la fibrine récupérée ; cette fibrine sert à fabriquer des peptones ou à enrichir le boudin.

5° La récolte du sang opérée sur l'animal suspendu assure des avantages incontestables : propreté, délabrement moindre par saignée à la jugulaire externe.

6° Le sang destiné à des usages thérapeutiques n'exige pas moins de soins. Un arrêté ministériel récent prévoit l'attribution d'un contingent aux laboratoires, après intervention du Comité National Interprofessionnel des Viandes et de l'Office Central de Répartition des Produits Industriels (section chimie) par les groupements d'achat et de répartition des viandes.

Il faut espérer que, malgré la complexité des procédés, les laboratoires auront du sang en quantité suffisante.

7° Les abatages raréfiés, les avantages concédés aux abatteurs de la province font que Paris est mal ravitaillé en sang.

8° Les boudins venant de province ne devraient être transportés que sous régime de froid.

Métrites à sympexions. — M. Argaud.

A propos du traitement des tumeurs dites mixtes de la parotide. — M. Henri Redon. — S'en tenant au strict point de vue clinique, l'auteur fait remarquer la grande fréquence des récidives : celles-ci surviennent dans près de trente pour cent des cas. Les récédives multiples ne sont pas rares et certaines aboutissent à la paralysie faciale.

La parotidectomie totale, à la condition expresse de conserver le nerf facial dans sa totalité, paraît être à l'heure actuelle la meilleure thérapeutique à opposer à ce type de tumeurs.

Comité secret. — *Prix Albert Ier de Monaco.* — Le bénéficiaire de ce prix est M. André Thomas (de Paris).

Sujet : Le cervelet.

Séance du 2 mars 1943

Notice. — M. Polonowski lit une notice nécrologique sur M. Hugounenq (de Lyon), associé national.

Rapports. — M. Couvelaire : *Réorganisation de la profession de sage-femme.*

M. Tanon dépose un rapport sur le projet de *Code des Maladies* adressé par le secrétaire d'Etat à la Santé. Il s'agit d'un mode de statistique des causes de maladie et de décès où les noms seront remplacés par un numéro de manière à respecter le secret médical, ainsi que cela existe pour les maladies à déclaration obligatoire ou facultative. Un index alphabétique faciliterait l'usage de ce code.

La flore colibacillaire normale de l'intestin et le problème de l'origine des anticorps « naturels ». — MM. A. Boivin et Corre.

Le cancer et la vie actuelle. — M. L. Imbert.

Les orientations doctrinales successives en pathologie digestive. — MM. Chiray, H. Mollard et H. Maschas.

L'hospitalisation d'office de malades contagieux. — M. Pierre Joannon demande que l'hospitalisation forcée de certains contagieux puisse être réalisée par deux procédures, dont l'une exempte d'arrêté individuel ; l'autre, moins expéditive, serait notamment applicable à la tuberculose. Un diagnostic officiel devant être à la base de l'une ou l'autre procédure, un texte de loi est souhaitable qui accorderait de façon formelle à l'autorité publique le droit d'envoyer auprès de tout individu sanitairement suspect un médecin chargé de savoir si cette personne peut être la source d'une contagion grave.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 10 février 1943

A propos des péritonites à pneumocoques. — M. Sorrel.

Suites éloignées d'un traitement d'ostéo-sarcome. — M. Rousset. — M. Moulonguet rapporte la suite de cette observation dans laquelle la guérison locale fut obtenue par les rayons X mais la malade mourut au bout de six ans et demi de métastases.

Torsion d'un dolicho-sigmoïde. — M. Delbreil. — Rapport de M. Moulonguet sur cette observation dans laquelle le diagnostic fut fait sur les clichés radiologiques.

Un cas de leiomyome de l'iléon compliqué de volvulus intestinal. — M. Boudreaux. — M. Petit-Dutaillis relate cette observation et rappelle les aspects cliniques de cette lésion rare.

La fistulisation préventive du grêle dans la chirurgie du côlon et du rectum. — M. R. Bernard insiste sur l'intérêt de cette méthode pour prévenir le choc et la désunion des sutures ; l'auteur a utilisé trente-six fois ce procédé pour différentes interventions coliques : anastomose iléo-colique, hémicolectomie droite, colectomie subtotale, colectomie segmentaire avec colorraphie immédiate ; M. R. Bernard fait appel des reproches adressés au procédé de Reynard et montre que l'iléostomie à la Witzel évite pour beaucoup les dangers auxquels expose cette opération ; l'auteur précise les conditions de la colectomie segmentaire idéale : tumeur siégeant sur un segment mobile du côlon, facilité de rapprochement des deux bouts coliques, congruence de ces deux bouts.

La distension du grêle porte sur le jéjunum et l'auteur recommande de ne pas faire une fistulisation trop basse ; l'auteur recommande un enfouissement d'au moins 10 centimètres si l'on veut faciliter la fermeture spontanée ; la sonde est retirée en général entre le 6e et le 10e jour.

M. Moulonguet ne condamne pas la fistulisation du grêle.

M. d'Allaines estime que la colectomie segmentaire ne doit être faite que sur des cas choisis.

En cas de tumeur rectale si l'on veut rétablir la continuité, il faut faire préventivement une dérivation totale par anus à éperon.

En cas de cancer colique M. d'Allaines estime que la dérivation doit être faite assez près des sutures et par conséquent de drainer le gros intestin plutôt que l'intestin grêle.

M. Brocq rappelle l'intérêt de l'aspiration duodénale continue.

Hernie diaphragmatique datant de six ans. — M. Guibal insiste sur l'intérêt diagnostic du pneumothorax pré-opératoire.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 5 février 1943

Coma diabétique guéri par l'insulinothérapie. Evolution en deux phases successives : insulino-résistance et insulino-sensibilité. — M. Robert Tiffeneau.

Néphropathie aiguë post-arsénobenzolique. Guérison rapide par la novocaïne intraveineuse. — MM. Etienne May, A. Netter et A. Gerbaux. — Observation de néphropathie aiguë post-arsénobenzolique avec anurie presque complète et albuminurie à 15 gr. par litre. Une injection intraveineuse de deux centigrammes de novocaïne, faite deux heures après le début des accidents, fit en une heure disparaître les douleurs et rétablit la diurèse. Elle est donc une thérapeutique active en pareil cas et mérite d'être essayée dans les néphrites aiguës anuriques avant de s'adresser à la décapsulation rénale.

Un cas de macrogénitosomie précoce. — Mme Roudinesco.

Epidémie passagère de leptospirose à L. grippo-typhose. — MM. Decourt, Brault et Mme Kolochine-Erber rapportent le premier cas français d'une variété de leptospirose décrite à l'étranger sous les noms de fièvre des eaux, des marais, des boues... et due à un leptospire spécial dénommé par les auteurs russes L. grippo-typhose. Cliniquement la maladie rappelle la spirochétose ictéro-hémorragique. Les cas actuels ont été observés chez des adolescents appartenant à une colonie de vacances et qui avaient pris des bains de rivière.

Leptospirose à L. grippo-typhosa compliquée d'un syndrome myoclonique du type encéphalitique. — MM. Decourt et Brault.

Un cas de syndrome endocrino-musculaire (hypothyroïdie et myotonie fruste). — MM. F. Coste, R.-J. Mion et J. Sicard.

Augmentation progressive du taux de l'albumine dans une ascite curable. — MM. Et. May, Netter et Gerbaux. — On connaît l'appauvrissement graduel de l'albumine dans l'ascite au cours des cirrhoses mortelles. Le phénomène inverse peut s'observer dans les cirrhoses curables. Dans l'observation actuelle, le taux de l'albumine a passé de 7 gr. à 46 gr. par litre entre le début de la maladie et sa guérison. Cette évolution relève sans doute d'une résorption plus rapide de l'eau qui concentre l'albumine de l'ascite au cours de la guérison de la cirrhose.

SOCIETE DE BIOLOGIE

Séance du 9 décembre 1942

Variations de la lacticémie au cours de l'hyperglycémie provoquée chez les néphrétiques. — MM. P. Harvier, M. Rangier et P.-M. de Traverse n'ont constaté aucune action constante des variations de la perméabilité rénale ; mais lorsque la lésion du rein retentit sur le métabolisme glucidique, on voit des modifications de la lacticémie semblables à celles antérieurement observées chez le diabétique.

Test vaginal biochimique de l'hyper ou de l'hypofolliculinémie chez la femme. — M. Chappaz signale que le bacille de Döderlein n'existe dans le vagin que si la quantité de folliculine est normale ou exagérée dans le sang ; une aménorrhée avec bacilles monstrueux relève d'une hyperfolliculinémie.

Le milieu à base de digestion papaïnique de viande de cheval et la production de la toxine du bacille de Preisz-Nocard. — MM. G. Ramon, L. Nicol et R. Richou ont pu, à l'aide du milieu à base de digestion papaïnique de viande de cheval et d'une souche appropriée de bacille de Preisz-Nocard, produire une toxine et, partant, une anatoxine de valeur antigène relativement élevée.

Etude expérimentale de l'immunité active produite soit par l'anatoxine soit par un vaccin à la fois anatoxique et anavirulent à l'égard de l'infection par le bacille de Preisz-Nocard. — MM. G. Ramon, L. Nicol et B. Virat ont pu par ces deux procédés conférer au lapin l'immunité antitoxique spécifique et l'état réfractaire à l'égard de l'infection par le bacille de Preisz-Nocard, ce qui permet d'envisager leur emploi dans la thérapeutique spécifique des affections animales dues au germe de Preisz-Nocard.

Mesure percutanée de l'excitabilité musculaire. — M. et Mme A. Chauchard et M. Paul Chauchard en appliquant deux pointes d'argent au niveau du corps du muscle sur la peau ont atteint électivement l'excitabilité musculaire sans être gênés par l'excitabilité nerveuse. L'influence des centres nerveux, notamment la différence chronaxique entre antagonistes, ne se fait pas sentir sur les muscles.

Chimiothérapie de la tuberculose expérimentale du cobaye par certains dérivés du Chaulmoogra. — MM. Buü-Hoï et A. R. Ratsimamanga.

Chimiothérapie de la tuberculose expérimentale avec du déhydrochaulmoograte d'éthyle associé aux dérivés cinnamiques. — MM. Buü-Hoï et A. R. Ratsimamanga.

Influence de l'orthostatisme sur le taux des protides du sérum du sang. — M. H. Gounelle, M. Bachet et R. Sassier auraient vu l'orthostatisme déterminer une élévation très rapide du taux des protides sanguins, notamment de la sérine, sans qu'il s'agisse là d'une modification globale de la concentration sanguine (les taux de chlore demeurant inchangés).

Elections. — M. Portier est élu président, MM. Pasteur Vallery-Radot et Schaeffer, vice-présidents ; MM. Joly, Binet et Verne sont respectivement réélus secrétaire général, trésorier et bibliothécaire.

Séance du 9 janvier 1943

Action du sulfate d'atropine sur le choc anaphylactique du lapin. — MM. Pasteur Vallery-Radot, G. Mauric et Mme A. Holtzer concluent que le sulfate d'atropine ne paraît pas avoir d'action protectrice vis-à-vis du choc anaphylactique du lapin.

Action de la vagotonine sur l'insulino-sécrétion. — MM. D. Santenoise, G. Valette et E. Stankoff ont mis en évidence par anastomose pancréatico-jugulaire l'existence d'une décharge d'insuline à la suite de l'administration de vagotonine. Toutefois, l'abaissement de la glycémie chez des animaux vagotomisés et chez des animaux dépancréatés, montre que la vagotonine intervient aussi dans la glyco-régulation par des effets propres, distincts de ceux de l'insuline.

De la production de la toxine tétanique à l'aide d'un milieu de culture à base de digestion pepsique et de digestion papaïnique de viande et de foie de cheval. Utilisation des « extraits de malt » comme souche glucidique. — M. G. Ramon, Mlle Germaine Amoureux et M. Pochon donnent la formule d'un milieu de culture complexe adapté aux difficultés actuelles, et permettant d'obtenir économiquement, et en grandes quantités, la toxine et l'anatoxine tétaniques.

Appréciation des propriétés bactériostatiques des corps sulfamidés par respirométrie. — MM. R. Pérault et J. Chouteau ont employé le respiromètre de Warburg, pour mesurer le taux de croissance de germes soumis à l'action des sulfamides ; ils ont pu ainsi apprécier indirectement le pouvoir bactériostatique de ces corps.

L'excitabilité musculaire dans les polynévrites expérimentales. — M. Paul Chauchard et Mme H. Mazoué montrent que dans ces polynévrites, les troubles centraux sont primitifs et conditionnent vraisemblablement les lésions nerveuses périphériques ; des modifications d'excitabilité des fibres musculaires sont signalées.

Relation entre la quantité d'antigène et la vitesse de fixation de l'alexine dans la réaction de Bordet-Wassermann. — MM. H. Rocher et J. Chouteau.

THÈSES DE PROVINCE

THESES DE MEDECINE DE MONTPELLIER

Année scolaire 1940-1941

54 thèses (36 en vue du diplôme d'Etat, numérotées de 1 à 36 inclus ; 18 en vue du diplôme d'Université numérotées de 1 à 18 inclus).

25. — Aubrun. *A propos d'un cas de psoïtis suppurée récidivante.*

5. — Azéma. *Développement de l'ampliation thoracique et de la capacité respiratoire dans le traitement des scolioses par la gymnastique respiratoire et la spiroscopie en cure hélio-marine.*

U. 2. — Aziz (Abdel). *Contribution à l'étude du traitement des fractures anciennes non consolidées de la rotule.*

27. — Bétoulières. *Les cancers du testicule. Etude clinique et thérapeutique.*

34. — Blitz. *Contribution à l'étude des plaies du rectum par corps étrangers.*

32. — Bluche. *La maladie de Brille, forme bénigne du typhus exanthématique. Etude clinique et épidémiologique.*

30. — Boisbeunet (Pierre). *Du rôle lithogène spécifique du staphylocoque dans la pathologie des voies urinaires supérieures.*

31. — Boisbeunet (Mme), née Payan (Thérèse). *Contribution à l'étude de la gangrène foudroyante spontanée des organes génitaux.*

17. — Bougarel (Mlle). *Les déterminations osseuses et articulaires des brucelloses.*

U. 7. — Bregman. *Contribution à l'étude du traitement des hémarthroses traumatiques du genou par la méthode de Thooris.*

16. — Cadier (Mlle). *Contribution à l'étude de la grossesse et de l'accouchement chez les cardiaques.*

18. — Chomski. *Contribution à l'étude des occlusions tardives par brides après appendicectomie.*

22. — Cohen-Tanugi. *A propos de quatre cas d'inversion viscérale totale. Etude clinique, radiologique et électrocardiographique.*

29. — Crozals (de). *Sur un cas de rhumatisme chronique à forme dysphagique.*

8. — Cuenant. *Ostéomyélite vertébrale et traumatisme.*

U. 4. — Cukrowicz (Mlle). *Contribution à l'étude du syndrome mélancolique chez des paralytiques généraux après pyrétothérapie.*

15. — Danchaud (Mlle). *Contribution à l'étude des kystes hydatiques du péritoine. Une observation de kyste hydatique solitaire du petit épiploon.*

12. — Dufays. *La tronculite sous-cutanée.*

4. — Durand. *A propos de quelques cas de pneumothorax spontané tuberculeux. (Formes cliniques et évolutives.)*

U. 15. — Fabrégas-Réal. *A propos du service sanitaire dans les Pyrénées-Orientales à l'occasion de la guerre civile et de l'exode espagnols* (janvier-février 1939).

U. 6. — Fadl. *Splénomégalie égyptienne.*

11. — Gallimard. *Les kystes malins du pancréas.*

U. 14. — Gazzal. *Traitement collapsothérapique des cavernes de la région juxta-hilaire.*

20. — Gourion. *Contribution à l'étude des fractures bimalléolaires avec luxation de l'astragale en avant.*

33. — Koifman. *La vitesse de sédimentation (valeur pronostique, indications thérapeutiques) dans les uréthrites à gonocoques.*

1. — LEFÈVRE. *Les cancers secondaires pleuro-pulmonaires au Centre Anti-cancéreux de Montpellier de 1925 à 1940.*
7. — LEIBOWITCH. *Contribution à l'étude de la pénétration accidentelle des racines dentaires dans le sinus maxillaire.*
28. — MAZOYER (Mme), née RABÉJAC. *Contribution à l'étude clinique de la poliomyélite antérieure aiguë chez l'enfant.*
24. — MINOR (Mlle). *De l'évolution paranoïaque de certains obsédés.*
2. — MORHANGE. *A propos d'un cas de fibrome saignant de la puberté masculine.*
23. — MOSTEFA-KARA. *Vaccinothérapie intraveineuse des brucelloses.*
U. 5. — MUNOZ. *Contribution au traitement d'une luxation pathologique ancienne de la hanche.*
3. — ORSONI. *Du système réticulo-endothélial. Définition. Histophysiologie. Rapports avec la pathologie et la thérapeutique.*
14. — PAULE. *Contribution à l'étude des tumeurs conjonctives malignes des parties molles des membres : l'hystiocytome.*
U. 8. — PERELMITER. *Le traitement des brûlures par l'eau salée hypertonique*
U 3. — PHILOBBOS. *Les lambliases intestino-vésiculaires et leur traitement.*
13. — PRADELLE. *Contribution à l'étude des syndromes hépatiques. Manifestations de tuberculose atypique.*
U. 9. — RABARIJARNA. *Contribution à l'étude du mongolisme.*
U. 10. — RAHMIN. *Contribution à l'étude des fractures de la clavicule. Contention par l'appareil plâtré (Aquilué-Rahmin).*
U. 12. — RAMANOELINA. *Contribution à l'étude des plaies par morsure de caïman à Madagascar.*
U. 18. — RAMASOMANANA. *Contribution à l'étude du kyste alvéolaire du foie*
10. — REMEYSE. *Considérations sur l'état actuel de la question de la thérapeutique des états démentiels précoces par le cardiazol.*
21. — ROSSO. *Procédés originaux de réfection d'une fente palpébrale à travers la paupière supérieure.*
U. 17. — ROZENCWEIG. *Contribution à l'étude des maladies mentales dans les Landes.*
36. — SAINT-PIERRE. *Contribution à l'étude de l'endocardite brucellienne.*
35. — SENTUPÉRY. *La physiologie du mouvement dans l'œuvre de Barthez.*
6. — SLAMA. *Contribution à l'étude de l'hémiatrophie faciale.*
U. 11. — SUKHN. *Valeur des résections dans la tuberculose du genou chez l'adulte.*
9. — TAGOUNOFF (Mlle). *Scarlatine et brûlures.*
26. — TEULON. *Canal de conjugaison.*
U. 16. — TRABSKI. *Les algies des diabétiques.*
19. — VALOT. *Tuberculose chirurgicale et traumatisme.*
U. 13. — VISNIKS. *Contribution à l'étude des kystes hydatiques du foie ouverts dans les voies biliaires.*
U. 1. — WEISZ. *Contribution à l'étude du traitement chirurgical des hémorroïdes.*

THESES DE MEDECINE DE MONTPELLIER

Année scolaire 1941-1942

153 thèses (142 en vue du diplôme d'Etat numérotées de 1 à 143 inclus [la thèse n° 133 n'a pas été soutenue], 11 en vue du diplôme d'Université numérotées de 1 à 11 inclus).

118. — AMOUROUX. *Contribution à l'étude des modalités du traitement thoracoplastique des cavernes géantes du sommet.*
120. — ARNAUD. *La pratique de l'anesthésie péridurale.*
137. — AUTHEMAN. *Traitement des accidents cardiaques de l'hyperthyroïdie.*
119. — AUTRIC. *Sur un cas d'éclatement de la face par explosion d'un appareil à air comprimé.*
8. — BAILLET. *L'équilibre du médiastin au cours du pneumothorax artificiel.*
68. — BARROUX. *Les tumeurs mixtes de la glande sous-maxillaire.*
74. — BARS. *Contribution à l'étude de l'ostéochondrite de la hanche.*
84. — BELLON-SERRE. *Les hémiparesthésies symptomatiques d'une réaction méningée. A propos d'une observation d'hémiparesthésies transitoires et récidivantes annonciatrices d'une méningite tuberculeuse.*
22. — BELTRANDO. *Contribution à l'étude des hernies inguinales interstitielles simulant une tumeur de la fosse iliaque droite.*
60. — BENS. *Les aspects tuberculeux de la fièvre de Malte.*
82. — BERNOT. *Contribution à l'étude des métastases cutanées du cancer de l'estomac.*
U. 3. — BERR (Mlle). *Contribution à l'étude des radiculites consécutives à la sérothérapie antitétanique.*
49. — BERTRAND. *Les tumeurs villeuses du rectum.*
85. — BLACHÉ. *La maladie de Bourneville. Essai nosographique.*
139. — BOISSIER. *La place de la vieille « tarsectomie à la Farabeuf » dans le traitement des pieds bots congénitaux.*
124. — BOISSON. *La médecine et les médecins dans les « Thibault ».*
102. — BOITHIAS. *Quelques considérations sur la chirurgie réparatrice de la flexion des doigts. A propos d'une observation.*
117. — BOUCHÈRE. *Contribution à l'étude de la glycolyse. Action de quelques eaux minérales.*
135. — BOUEXEL. *Valeur alimentaire et propriétés thérapeutiques des moûts de raisin concentrés.*
106. — BOUHIER. *Les greffes cutanées de la main brûlée.*
66. — BOUVET DE LA MAISONNEUVE. *L'encéphalite tuberculeuse. Etude clinique et anatomo-pathologique.*
14. — BRUMPT. *Amibiase intestinale et ulcus gastrique.*
17. — CABROL. *Quelques considérations récentes sur l'utérus parturient. Rachi-anesthésie.*
115. — CARLI. *De l'asymétrie somatique ; ses rapports avec l'asymétrie fonctionnelle des membres.*
79. — CARTIER. *De la labilité de l'index tensionnel diastolique par l'hyperextension de l'avant-bras dans les maladies infectieuses.*
94. — CASSOU. *A propos d'un ccs de blastomycose.*
99. — CATALA. *Le lupus scléreux papillomateux.*
130. — CAVAILLÈS (Mlle). *Action de la cure hélio-marine associée à la gymnastique respiratoire dans les déformations du thorax.*
45. — CAZAL. *Un nouvel aspect de la médecine tissulaire : les réticulopathies et le système réticulo-hystiocytaire.*
3. — CAZENAVE. *Legs de la médecine arabe à la thérapeutique française du moyen âge.*
88. — CHEVAL. *La dilatation congénitale de l'artère pulmonaire.*
105. — COIRRE. *Contribution à l'étude de la maladie de Hodgkin-Paltauf-Sternberg à localisation gastrique primitive.*
56. — COMBALAT. *Contribution à l'étude de l'invagination intestinale aiguë de l'adulte.* (A propos de trois observations.)
72. — COMBÉLÉRAN. *Réflexions critiques à propos d'une série de cas de tétanos traités avec succès par la séro-anatoxithérapie de Ramon.*
50. — CORCOS. *L'électrochoc en psychiatrie.*
34. — COURTY. *Recherches anatomiques sur les nerfs splanchniques pelviens. Applications chirurgicales.*
38. — DANOWSKI. *Le déterminisme du sexe.*
80. — DARRASSE. *La transfusion médullaire. Son action antihémorragique.*
61. — DAVEAU. *Les complications nerveuses des sections des brides pleurales. Deux cas de syndrome de Claude Bernard-Horner.*
107. — DÉCHAZAL. *Contribution à l'état actuel du traitement des angiomes par les injections sclérosantes ou par la curiethérapie.*
40. — DELMAS (Mlle). *La chaîne sympathique latéro-vertébrale.*
46. — DINGUIRARD. *La méningite herpétique.*
127. — DOCHE DE LAQUINTANE. *Contribution à l'étude des inondations péritonéales par rupture de grossesse ovarienne.*
121. — DOUCET-BOUAS. *L'opothérapie médullaire dans le traitement des anémies et des syndromes hémorragiques.*
30. — DROUET. *Le tissu sous-péritonéal. Fascia et espaces décollables interpariéto-péritonéaux.*
81. — DUPLESSIS DE POUZILLAC. *Les traitements actuels de la gale. Recherches sur le sang des malades traités par le benzoate de benzyle.*
136. — DUTOUR. *Contribution à l'étude du paludisme au Levant.*
116. — ESCALIVET. *Le liquide céphalo-rachidien après la mort.*
7. — EMPERAIRE. *Les septicémies à bacilles funduliformis.*
9. — FABRE (Mlle). *Contribution à l'étude de la néphrite rhumatismale.*
43. — FABRE DE MORLHON. *Les calculs de l'uretère chez l'enfant.*
18. — FLORIS (Mme). *Contribution à l'étude du traitement des méningites suppurées traumatiques par les sulfamides.*
65. — GALA. *Les brûlures dans la marine de combat. Historique, étiologie, clinique, pronostic, prophylaxie, traitement.*
76. — GALLICIAN. *La forme hypertrophiante de l'ostéochondrite déformante infantile de l'épiphyse supérieure du fémur.*
67. — GASSENC. *Le cancer du col restant après hystérectomie subtotale.*
131. — GENET. *Contribution à l'étude des hémorragies digestives au cours des syndromes hépato-spléniques. Intérêt de la splénectomie.*
52. — GEORGELIN. *Essai sur la psychologie du médecin.*
47. GÉVAUDAN. *Etude histopathogénique des tumeurs de la rétine. A propos de deux cas de neuroblastomes.*
108. — GIUDICELLI. *La phlébite précoce des tuberculeux pulmonaires.*
98. GOASGUEN. *Contribution à l'étude du pneumothorax extra-pleural.*
123. — GODECHOT. *Les esters du cholestérol dans la tuberculose pulmonaire.*
125. — GRANDBARBE. *Contribution à l'étude de la coexistence d'une maladie de Paget du mamelon et d'un carcinome du sein.*
78. — GUIDONI. *L'extraction totale de la cataracte par l'appareil à ventouse de Boulitte.*
41. — GUILLAUD. *Contribution à l'étude du monocyte. Origine, signification, morphologie, caractères distinctifs, propriétés.*

109. — GUIZOL. *L'insuline-protamine-zinc dans le traitement du diabète.*
83. — GUYADER. *Contribution à l'étude de la coxa-vara.*
111. — HEYRAUD. *Traitement médical de l'ulcère simple gastro-duodénal. Indications chirurgicales.*
87. — HOMBRON. *Lésions oculaires provoquées chez le nouveau-né par le nitrate d'argent. Etude clinique et expérimentale.*
U. 8. — HOROVITZ (Mlle). *Les endocardites infectieuses secondaires chez les porteurs de malformations congénitales du cœur.*
62. — HURAUX. *Un aspect du problème de la lèpre en France : la cure sanatoriale de Valbonne.*
91. — ILLAIRE. *Le cholestérol total et estérifié du sérum sanguin à l'état normal et dans certains états hépatiques.*
U. 10. — IZOLIS. *A propos d'une observation de rate en ectopie pelvienne et de ses diverses conséquences.*
U. 9. — KAMINER (Mlle). *Contribution à l'étude de l'appendicite au cours de la fièvre typhoïde.*
54. — KERJAN. *Contribution à l'étude des occlusions par sténose cicatricielle du grêle. Complication éloignée des entérocèles étranglées.*
100. — KLESTAD-SILLONVILLE. *Aperçu historique sur le naturisme d'Hippocrate à nos jours.*
90. — LABBÉ. *Le tétanos à évolution retardée.*
28. — LACAQUE (Mlle). *Hépatomégalie polycorique à phospholipides chez un nourrisson.*
97. — LACOUTURE-DUGUE. *Contribution à l'étude de la perforation des ulcères peptiques en péritoine libre.*
39. — LAFORÊT. *Remarques sur les accidents causés par* Vipera aspis L.
32. — LAPEYSSONNIE (Mme), née EUZIÈRE (Juliette). *L'artérite oblitérante. Syndrome pluriglandulaire. (Rôle prépondérant des glandes génitales.)*
27. — LAPEYSSONNIE (Léon). *Le paludisme de primo-invasion en Roussillon.*
35. — LAPIERRE-ARMANDE. *Contribution à l'étude de la phosphatasémie sérique chez la femme enceinte.*
53. — LEBEC. *Etude des adénopathies cervicales tuberculeuses au cours de la tuberculose tertiaire.*
112. — LE GALL. *Contribution à l'étude de la méningite à bacille de Pfeiffer.*
103. — LESCURE (Mlle). *La chrysothérapie intra-pleurale dans le pneumothorax artificiel.*
58. — LEVÈRE (Mme), née BÉCHARD (Madeleine). *Contribution à l'étude des radionécroses tardives.*
57. — LEVÈRE (Pierre). *Les périarthrites scapulo-humérales calcifiantes et leur traitement par les rayons X.*
86. — L'HERMITTE. *Contribution à l'étude des accidents nerveux du pneumothorax thérapeutique.*
29. — LIGNON. *Contribution à l'étude de l'élimination des sulfamides chez le sujet normal.*
37. — LLORY. *Les épiploïtes après traumatismes fermés.*
77. — LOMBARD. *Contribution à l'étude de la tuberculose du corps utérin.*
2. — LOUBÈS. *Contribution à l'étude du traitement des pyélonéphrites obstétricales par la distension vésicale* (Méthode de Pasteau).
42. — MARTY. *Variations nycthémérales de la glycémie chez le diabétique traité par l'insuline ordinaire et par l'insuline-protamine-zinc.*
69. — MATHÉ. *Contribution à l'étude des ataxies cérébelleuses aiguës (maladie de Leyden). Son problème étiologique.*
48. — MAZOYER. *Etude thérapeutique des glucosides de Digitalis lanata (Digilanide).*
71. — MÉTROPOLITANSKI. *Comportement* in vivo *d'un dérivé sulfamidothiodiazolé* (2254 R. P.).
19. — MORGAN. *L'ectodermose bulleuse (variété bulleuse des érythèmes polymorphes).*
128. — MOURAUD. *Contribution à l'étude des empyèmes chroniques non tuberculeux et de leur traitement.*
63. — MOURGUES. *Contribution à l'étude du sarcome myélo-érythroblastique.*
U. 7. — MULLER. *Contribution à l'étude des injections intra-artérielles de mercurochrome dans le traitement des plaies infectées des membres.*
36. — NASRA (Mohamed). *Thoracoplastie et grossesse.*
44. — NEYRAT. *A propos de quelques nouvelles tentatives thérapeutiques dans la mélitococcie.*
1. — NICOL. *Les hernies après appendicite.*
92. — O'CONNOR. *Les signes radiologiques dans le cancer primitif du poumon.*
126. — PALANQUE. *Essai sur la nature du torticolis congénital.*
U. 6. — PASCALIS. *Contribution à l'étude de la strychnothérapie dans les manifestations cliniques de l'alcoolisme.*
20. — PICARD (Mlle). *A propos de quelques cas de méningite cérébro-spinale dans le Gard. Considérations épidémiologiques et thérapeutiques.*
21. — PINSON. *Les kystes entéroïdes de la région iléo-cæcale.*
26. — PLOYÉ. *Contribution à l'étude de la mononucléose infectieuse.*
134. — POHER. *Remarques à propos d'un cas d'iodobromides végétantes.*
15. — POIRIER-COUTANSAIS. *Contribution à l'étude du phénomène de blocage au cours des traitements sulfamidés (sulfaminopyridine et sulfamidothiazol).*
U. 5. — POLITURA. *Contribution à l'étude de l'opération de Jacobæus précoce au cours du pneumothorax artificiel.*
13. PONTICH. *Contribution à l'étude des amyotrophies spinales progressives au cours des tabes.*
U. 11. — POTASCHMACHER. *Contribution à l'étude des hématomes intracérébraux simulant les tumeurs cérébrales.*
59. — PUIG. *A propos des gangrènes cutanées à forme progressive.*
U. 1. — RAFALIMANANA. *Contribution à l'étude des phlébites précoces au cours de la tuberculose pulmonaire.*
110. — RAHARINOSY. *Contribution à l'étude des hémorragies des ulcères perforés suburés.*
U. 2. — RAJAONARISON. *Pratiques et croyances médicales des Malgaches.*
104. — RAMANANTSOA. *Contribution à l'étude des muscles dans les scolioses essentielles.*
5. — RENNER. *Les méthodes de dépistage précoce des carences vitaminiques frustes. Résultats d'enquêtes par la recherche de l'héméralopie au moyen de l'appareil Chevallier et Roux.*
10. — RISPE. *La fièvre de trois jours (fièvre à phlébotomes) dans la région de Montpellier.*
31. — ROCHE. *Des manifestations oculaires au cours de la fièvre de Malte.*
114. — RONDET. *Contribution à l'étude de la kératite par crayons d'aniline. Etude clinique et expérimentale.*
96. — ROSAT. *Considérations sur un cas de bronchectasie consécutive à une tuberculose cavitaire et associée à une néphrose lipoïdique.*
55. — ROUAYRENC. *Le signe de Rossotimo dans la sclérose en plaques.*
89. — ROUSSIGNOL. *Contribution à l'étude des méningites à cocco-bacille de Pfeiffer.*
6. — RUNACHER. *Etude de la fièvre récurrente hispano-africaine en Tunisie.* (A propos de six nouveaux cas.)
142. — RYVLIN. *Les bilans sulfamidés.*
143. — SANS. *La sulfamidothérapie des laryngites suffocantes de l'enfant.* (Hypolaryngites aiguës œdémateuses).
141. — SARRAN. *Le rein au cours de la sulfamidothérapie. Circulation des sulfamides dans l'organisme.*
73. — SCHAAP. *Essais thérapeutiques avec un sulfamidothiodiazol* (2254 R. P.).
24. — SENTEIN. *L'action des toxiques sur la cellule en division. Effet de la colchicine et du chloral sur les mitoses de tissus normaux et sur quelques tumeurs malignes.*
64. — SINÉ. *La fatigue ; idées actuelles sur ses causes ; ses formes cliniques ; tests d'appréciation du degré de fatigue.*
4. — SOMMER. *A propos d'un essai de prophylaxie comparée du paludisme par la quinine et la prémaline effectué dans l'arrondissement maritime de Bizerte en 1940.*
51. — SOULIER. *L'actinomycose pharyngo-laryngée.*
122. — SZPIDAUM. *Les macrosomies dissociées (gigantisme partiel).*
25. — TAN-HAM-LOC. *Le plan d'un sanatorium.*
129. — TAUZIN. *Contribution à l'étude clinique et radiologique des kystes aériens du poumon.*
33. — TOUREILLE. *Etude sur 282 cas de tuberculose vertébrale ou sacro-iliaque traités par l'héliothérapie à l'altitude.*
95. — TROUILLOT. *Contribution à l'étude des traitements du mégacôlon.*
113. — VALLINO. *Tumeurs malignes des organes hématopoïétiques avec passage dans le sang de cellules atypiques d'origine néoplasique.*
70. — VARON. *Contribution à l'étude des volvulus du cæcum.*
140. — VERDIER (Guy). *Contribution à l'étude des ruptures de l'utérus au cours des grossesses angulaires.*
16. — VERDIER (Victor). — *Contribution à l'étude du mécanisme de la mort chez l'homme en altitude.*
23. — VIGO. *L'urographie intraveineuse ; ses indications ; ses résultats.*
138. — VILA. *Anomalies mentales et délinquance infantile.*
11. — VINON (Mlle). *Contribution à l'étude des paralysies transitoires professionnelles.*
93. — VUILLET. *Les tendances actuelles concernant la construction des habitations.*
75. — WAQUET. *Un cas de résorption progressive de la diaphyse cubitale après fracture avec neuro-fibromatose associée. S'agit-il d'une maladie de Recklinghausen osseuse?*
12. — WIOR (Mme), née ERLICH. *Sur un cas du syndrome de Volkmann du membre inférieur.*
132. — WURM. *Sur la libération du nerf radial paralysé par englobement cicatriciel dans les blessures de guerre.*
U. 4. — ZEITLIN. *L'ostéosynthèse par matériel résorbable.*
101. — ZUCCARELLI. *La lithiase du canal cystique.*

INFORMATIONS

(suite de la page 82)

Ordre de la Santé publique. — CHEVALIERS. — MM. les Drs Avril, chirurgien de l'Hôpital de Saint-Nazaire, et Bizard, inspecteur de la Santé à Saint-Nazaire.

La préservation des intérêts des médecins retenus en captivité. — La loi n° 1101 du 24 décembre 1942 (*J. O.*, 24 février 1943) étend à certaines catégories de médecins le bénéfice des dispositions de la loi n° 795 du 28 août 1942 relative à la préservation des intérêts des médecins retenus en captivité.

L'article 1er de la loi n° 795 est modifié comme suit :

« ART. 1er. — Pourront se prévaloir des dispositions de la présente loi les médecins retenus en captivité pendant une période d'au moins dix-huit mois à partir du 2 septembre 1939 ainsi que ceux qui auront participé pendant une période d'au moins douze mois à la relève des médecins retenus en captivité. »

Inspection de la Santé. — M. le Dr Bouchet, médecin inspecteur adjoint de la Santé de l'Hérault, est nommé médecin inspecteur de la Santé et affecté provisoirement à l'Hérault.

Hôpitaux psychiatriques. — La loi n° 105 du 15 février 1943 porte rattachement du Centre d'hygiène mentale de Marseille à l'Administration de l'Assistance publique de Marseille. A titre transitoire le personnel sera maintenu en fonctions et bénéficiera des traitements en vigueur dans les hôpitaux psychiatriques autonomes. (*J. O.*, 20 février 1943.)

Nécrologie

On annonce de Saïgon la mort du Dr Alexandre J. E. Yersin, inspecteur général des Instituts Pasteur d'Indochine. Yersin était né à Lavaux (Suisse) le 22 septembre 1863. Naturalisé français en 1889, il était devenu médecin-colonel dans le corps de santé colonial. Elève de Pasteur, il fut le collaborateur d'Emile Roux. Son œuvre pastorienne est considérable, il faut surtout citer ses admirables travaux sur la diphtérie, avec Roux, et ses recherches sur la peste, dont il trouva le bacille, et sur la sérothérapie antipesteuse.

Il était correspondant de l'Académie des Sciences depuis 1916 et le doyen des associés nationaux de l'Académie de Médecine.

On annonce la mort de Mlle Fanny Hahn, sœur du regretté Dr Lucien Hahn, et tante du Dr André Hahn, bibliothécaire en chef de la Faculté de Médecine de Paris, et de Mme le Dr G. A. Astre (de Tunis), ancien chef de laboratoire de l'Hôpital Cochin.

Cours

Amphithéâtre d'anatomie. — Le Dr Jean Braine, chirurgien des hôpitaux, directeur des travaux scientifiques, organise du 5 au 17 avril 1943, de 16 à 17 heures, dix leçons de technique opératoire avec démonstrations sur le sujet. Ces leçons auront lieu avec le concours de MM. Desplas, Rudlès, Oberlin, Charrier, Houdard, Fèvre, Alani Mouchet, Desmarest et Bergeret.

Ces leçons sont gratuites et réservées aux internes des hôpitaux. Auditeurs limités, s'inscrire avant le 27 mars, 17, rue du Fer-à-Moulin (5e).

Cours de pathologie chirurgicale. — A dater du mercredi 24 mars 1943, M. le Dr Roger Couvelaire, agrégé, fera le mercredi de chaque semaine, à 18 heures, aux lieu et place de M. le Professeur Petit-Dutaillis, une leçon sur la pathologie chirurgicale du rein.

ORDRE DES MEDECINS

A propos du Carnet de reçus imposé aux médecins par la Loi des Finances du 31 décembre 1941. — Certaines informations tendancieuses tendent à établir que le Conseil Supérieur avait été prévenu de l'institution du carnet de reçus et l'aurait accepté.

Le Conseil Supérieur fait connaître à l'ensemble des médecins que, dès le 28 janvier 1942, en accord avec M. le Secrétaire d'Etat à la Santé, M. Serge Huard, le Président Leriche a adressé au nom du Conseil Supérieur une lettre fortement motivée à M. le Directeur Général des Contributions Directes au Ministère des Finances. La protestation du Conseil Supérieur a du reste eu d'heureux résultats, puisque, grâce à son intervention et à celles faites ultérieurement par M. le Secrétaire d'Etat à la Santé, M. Grasset, la loi des Finances du 31 décembre 1942 consacre la disparition totale du carnet qui avait tant ému le Corps Médical.

Le Conseil Supérieur de l'Ordre des Médecins communique au Conseil Départemental l'information suivante du Ministère du Travail. — Dans un but de simplification et en vue d'accélérer le règlement des prestations « Accident du Travail » au personnel civil des Autorités occupantes, M. le Secrétaire d'Etat au Travail vient, par circulaire en date du 30 janvier 1943, de préciser qu'à l'avenir la couverture de ce risque sera, en principe, assurée dans chaque département par une caisse unique.

En ce qui concerne la région parisienne, les organismes ci-après ont été désignés :

Seine et Seine-et-Oise : Caisse Interdépartementale de Seine et Seine-et-Oise, 69 bis, rue de Dunkerque, Paris (10e). — *Seine-et-Marne* : Caisse départementale de Seine-et-Marne, 6, rue du Franc-Murier, Melun (S.-et-M.). — *Oise* : Caisse départementale de l'Oise, 5, rue Nivillers, à Beauvais (Oise). — *Eure-et-Loir* : Caisse départementale d'Eure-et-Loir, 19, rue des Vieux-Capucins, à Chartres (E.-et-L.).

En conséquence, les médecins de la Seine, Seine-et-Oise, Seine-et-Marne, Oise, Eure-et-Loir, devront pour les accidents survenus postérieurement au 31 décembre 1942, adresser directement à la Caisse Départementale dans la circonscription de laquelle se situe le lieu de l'accident du travail, *leurs certificats médicaux, leurs notes d'honoraires* et toute correspondance y relative, et ce, sans avoir à passer par l'intermédiaire du service régional.

LIVRES NOUVEAUX

La toxine du bacille de Koch, base du traitement biologique de la tuberculose, André JOUSSET. Une brochure in-8° de 37 pages. Gauthier-Villars, imp.-éd., 55, quai des Grands-Augustins, Paris, 1942.

La maladie, succédant à des deuils cruels n'a pas permis à André Jousset de publier ce mémoire qui résumait trente ans de labeur et de recherches. Des mains pieuses le publient aujourd'hui deux ans après sa mort.

L'œuvre de Jousset fut très discutée de son vivant. Nous savons combien il fut sensible à ces critiques. Sous son aspect impassible, Jousset cachait un cœur généreux que ses amis ont pu souvent éprouver. L'avenir montrera quelle est la portée exacte de ses travaux. Quoi qu'il arrive, par leur continuité ils honoreront la science française.

Il appartenait à la Maison Gauthier-Villars d'éditer cette brochure. Jousset n'appartenait-il pas, par sa mère, à cette grande famille ?

F. L. S.

Le Directeur-Gérant : Dr François LE SOURD.
Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (Autorisation n°83)


PANTOPON
ROCHE
OPIUM TOTAL
SOMNIFÈNE
ROCHE
HYPNOTIQUE
SÉDOBROL
ROCHE
TRAITEMENT BROMURÉ
SÉDORMID
ROCHE
HYPNOGÈNE
ALLONAL
ROCHE
ANALGÉSIQUE
PRODUITS "ROCHE"
10, RUE CRILLON, PARIS


PULMOSÉRUM
Affections aiguës et chroniques des
VOIES RESPIRATOIRES
GRIPPE et complications
ANTIDYSPNÉIQUE
SÉDATIF DE LA TOUX
EXCITANT DE L'APPÉTIT
TONIQUE GÉNÉRAL
3 à 4 cuillerées à soupe par jour
Laboratoires A. BAILLY (SPEBA)
15, r. de Rome et r. du Rocher - PARIS-8e
P E S B A
A-BAILLY


DÉSÉQUILIBRE NEURO-VÉGÉTATIF
SÉRENOL
3 FORMES
LIQUIDE
COMPRIMÉS
SUPPOSITOIRES
RÉGULATEUR DES TROUBLES
D'HYPERTONICITÉ NERVEUSE
ÉTATS ANXIEUX - ÉMOTIVITÉ - INSOMNIES
DYSPEPSIES NERVEUSES
SYNDROME SOLAIRE - PALPITATIONS
FORMULE
Peptones polyvalentes 0.03
Hexamethylène-tétramine . 0.05
Phényl-éthyl-malonylurée.. 0.01
Teinture de Belladone 0.02
Teinture de Cratægus 0.10
Extrait fluide d'Anémone.. 0.05
Extrait fluide de Passiflore. 0.10
Extrait fluide de Boldo ... 0.05
pour une cuillerée à café
DOSES moyennes par 24 heures : 1 à 3 cuillerées à café ou 2 à 5 comprimés, ou 1 à 3 suppositoires
LABORATOIRES LOBICA - 25, Rue Jasmin - PARIS (16e)

N° 7. — 1er AVRIL 1943 — 116e ANNÉE — Ce numéro : 2 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT. — Un an : France et Colonies, 75 fr. Étudiants, 40 fr. ; Etranger : 1re zone, 110 fr., 2e zone, 125 fr. *Chèques postaux : Paris 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

POUR NOS ABONNÉS DE LA ZONE NON OCCUPÉE, adresser renouvellements et toutes communications aux Messageries Hachette, 12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône) *Chèques postaux : Lyon 218* (Service *Gazette des Hôpitaux*)

SOMMAIRE

Par suite du regroupement des industries la Gazette des Hôpitaux a dû, par ordre, changer d'imprimerie dans un très bref délai. Nous prions nos abonnés de bien vouloir excuser les retards que pourrait subir pendant quelques jours l'envoi de leur journal.

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris

Répartition des internes et externes en médecine

Cette répartition aura lieu à l'hôpital Laënnec, 42, rue de Sèvres.

Pour les internes, du 2 au 7 avril, à 15 heures.

Pour les externes en premier, le 9 avril, à 15 heures.

Pour les externes, les 15 et 16 avril, à 15 heures, et du 19 au 23 avril, à 14 h. 30.

Les élèves seront appelés suivant leur numéro de classement. Pour éviter toute erreur, consulter les affiches.

Concours d'assistant en chirurgie. — Classement des candidats : MM. Huguier, 90 points ; Pierre Lance, 87 p. ; Monsaingeon, 87 p. ; Guénin, 87 p. ; Neyrand, 85 p. ; Verne, 84 p ; Laurence, 84 p. ; Nardi, 83 p. ; Olivier, 82 p. ; Judet, 82 p. ; Coldefy, 80 p. ; Champeau, 80 p. ; Denoix, 79 p. ; Le Roy, 79. p ; Monod, 77 p.

Concours pour une place de chirurgien des hôpitaux (premier concours de nomination). — Liste du jury : MM. Boppe, Girode, Brocq, Welti, Chevrier, Sorrel, Rouhier, Ameline, Braine et Banzet, chirurgiens ; Maurice Renaud, médecin.

Concours pour trois places d'assistants en obstétrique. — Ce concours s'ouvrira le 16 avril 1943, à l'administration centrale.

Concours pour une place de stomatologiste des hôpitaux. — Ce concours s'ouvrira le 17 mai 1943. Inscriptions du 20 avril au 4 mai inclusivement.

Concours de médecin des hôpitaux. 1943. Epreuves d'admissibilité clinique (13 places, classement par rang).

MM. : 1. Turiaf ; 2. Bolgert ; 3.) Thieffry ; 4. de Graciansky ; 5. Bouvrain ; 6. Grossiord ; 7. Duperrat ; 8. Mahoudeau ; 9. Conte ; 10. Deparis ; 11. Dugas ; 12, Pecher ; 13. Lafitte.

Concours de médecin des hôpitaux. 1943. Premier concours de nomination. Epreuve de titres.

Jury : MM. les docteurs Justin Besançon, Peron, Pollet, Clovis Vincent, Laignel, Lavastine, Louis Ramond, Binet, Boulin, Laroche, Lechelle, Al rami, médecins, et Moulonguet, chirurgien.

Hôpitaux de province

Hôpitaux de Bordeaux. — M. le Dr Paul Pesme, oculiste titulaire, est chargé du service d'ophtalmologie à l'hôpital des Enfants.

Un concours pour une place d'oculiste adjoint des hôpitaux s'ouvrira le 4 mai 1943.

Un concours pour deux places de chirurgien adjoint des hôpitaux s'ouvrira le 11 mai 19 3.

Hôpitaux d'Angers. — 1° **Concours** pour la nomination de deux médecins suppléants : date du concours, 3 mai 1943 ; clôture des inscriptions, 17 avril 1943.

2° **Concours** pour la nomination de deux chirurgiens adjoints : date du concours, 6 mai 1943 ; clôture des inscriptions, 20 avril 1943.

3° **Concours** pour la nomination d'un électro-radiologiste suppléant : date du concours, 10 mai 1943 ; clôture des inscriptions, 24 avril 1943.

4° **Concours** pour la nomination d'un oto-rhino-laryngologiste suppléant : date du concours, 13 mai 1943 ; clôture des inscriptions, 28 avril 1943.

Les candidats sont invités à écrire à M. le Président de la Commission administrative des hospices d'Angers, avenue de l'Hôtel-Dieu, pour obtenir toutes précisions sur la nature des épreuves, les obligations imposées, ainsi que les avantages accordés aux médecins nommés.

Hôpital-Hospice d'Orléans. — Un concours est ouvert pour une place de pharmacien à l'hôpital-hospice d'Orléans.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le directeur régional de la Santé et de l'Assistance, 26, boulevard Alexandre-Martin, Orléans (Loiret).

Faculté de médecine de Paris

M. Basset, agrégé, est nommé professeur honoraire.

AVIS TRES IMPORTANT. — MM. les étudiants de 4e année, bénéficiaires du décret du 28 août 1942, appartenant à l'ancien régime d'études à 5 ans ou dispensés de la 6e année, en application de l'arrêté ministériel du 4 octobre 1941, qui ont été retardés par l'accomplissement de leurs obligations militaires d'au moins trois ans dans le cours de leurs études médicales, sont informés que M. le Recteur, sur la proposition du Conseil de la Faculté, vient de décider de les autoriser à accomplir leur 5e année dans les conditions de scolarité réduite ci-après, à comptet ru 1er octobre 1943 :

1° Les travaux pratiques d'hygiène et de médecine légale seront effectués durant le mois d'octobre ;

3° Les stages hospitaliers, réduits à quatre mois, commenceront exceptionnellement le 1er octobre 1943 pour se terminer le 31 janvier 1944 ;

3° Les examens de fin de 5e année seront subis dans une session spéciale en janvier 1944.

Les étudiants, ayant accompli la scolarité écourtée ci-dessus seront admis à passer leur clinique et leur thèse à partir du 1er février 1944. Les intéressés remplissant les conditions pour pouvoir être admis au bénéfice de ces dispositions, sont invités à formuler une demande à M. le Doyen, en joignant, si ce n'est déjà fait, l'original ou la copie certifiée conforme des pièces établissant leur situation militaire et faisant connaître notamment leur date de mobilisation, leur temps de captivité ou d'hospitalisation pour blessures, la date de leur libération ou de leur démobilisation.

(13 mars 1943)

Facultés de province

Bordeaux. — M. Damade, professeur d'anatomie, est transféré dans la chaire de clinique des maladies infectieuses. (Chaire transformée.)

Lille. — M. Duthoit, agrégé, est nommé provisoirement professeur de la chaire de thérapeutique. (Chaire transformée.)

Lyon. — M. Sédaillan, agrégé pérennisé, est nommé provisoirement professeur de clinique des maladies infectieuses, en remplacement de M. Joseph Chalier, décédé.

Montpellier. — M. Riche, professeur retraité, est nommé professeur honoraire.

Nancy. — M. Robert, professeur honoraire, est chargé d'assurer l'enseignement de la chaire de chimie. M. Abel, professeur thérapeutique, est transféré dans la chaire de clinique médicale, en remplacement de M. Perrin, retraité, et nommé professeur honoraire.

Toulouse. — M. Boularan, agrégé, est nommé

professeur de la chaire de clinique chirurgicale infantile et orthopédie. M. Pierre Fabre est nommé professeur de la chaire de clinique des voies urinaires.

Santé publique

Médecins consultants régionaux de vénéréologie. — Un décret n° 401, du 25 février 1943, publié au J. O. du 6 mars 1943, est relatif à la création des médecins consultants, nécessités par l'application de la loi organisant les services antivénériens. Le décret prévoit la désignation de ces médecins, leurs attributions et leurs frais de déplacement.

Accidents du travail. — A la suite des conversations intervenues entre les divers ministères et organismes intéressés, un arrêté interministériel vient de relever le tarif des soins aux accidents du travail.

Le nouveau tarif sera obtenu par application du barème précédemment en vigueur (Arrêté du 5 mai 1939), augmenté uniformément de 50 p. 100.

Le nouveau tarif prendra effet rétroactivement à partir du 1er janvier 1943.

Caisse d'allocations familiales des professions médicales. — Les membres des professions médicales, travailleurs indépendants (médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, etc.), âgés de plus de 70 ans, seront dorénavant exonérés, sur leur demande, des cotisations de compensation au titre des allocations familiales, à la condition qu'ils justifient que leur revenu professionnel a été inférieur à 50.000 francs au cours de l'année précédente.

Cette mesure prendra effet rétroactivement à dater du 1er janvier 1943.

Pour les adhérents atteignant en cours de semestre l'âge de 70 ans, elle s'appliquera à partir du semestre suivant celui au cours duquel cet âge aura été atteint.

Education nationale

Liste d'aptitude à l'enseignement supérieur. — **Médecine légale** : M. Fourcade. — **Anatomie** : M. Bourgeon. — **Bactériologie** : M. Averseng. — **Physiologie** : MM. Chardon, Raugier. — **Physique médicale** : M. Cherchan. (J. O., 6 mars 1943.)

L'enseignement préparatoire aux études médicales. — Un décret n° 568, du 16 mars 1943, institue dans les facultés et écoles de médecine un enseignement préparatoire qui se substitue à l'enseignement P.C.B. Cet enseignement est ouvert aux bacheliers A. B. et C., philosophie-lettres, philosophie-sciences, ou mathématiques.

Le décret, qui est applicable pour l'année scolaire 1943-44, réglemente les examens et les jurys, ainsi que les mesures transitoires et des mesures spéciales pour les prisonniers.

Les remplacements de médecins. — **L'Association Corporative des Etudiants en Médecine de Paris** vient de réorganiser, sur de nouvelles bases, son service des **remplacements de médecins** ; aussi lance-t-elle un appel au corps médical et aux étudiants en médecine pour qu'ils utilisent son office, qui doit servir de trait d'union entre les médecins et les étudiants.

Le comité de **l'Association Corporative** demande aux nombreux praticiens de Paris et de province de reprendre contact avec elle afin d'obtenir des remplaçants, en qui ils peuvent avoir toute confiance. Rappelons, pour mémoire, que, dans un polygone situé entre Lille, Nancy, Limoges et Brest, de nombreux étudiants sont toujours partis de **l'Association Corporative** au premier appel des médecins.

Le comité demande, en outre, aux étudiants en médecine, ayant terminé leur scolarité, de **venir nombreux s'inscrire au siège social : 8, rue Dante, Paris (5e arrt.)** ; ainsi, ils seront certains d'utiliser rapidement leurs compétences, en apportant leur collaboration à leurs futurs confrères.

Pour la réadaptation de l'enfant. — L'Assemblée générale annuelle de l'Œuvre de la Réadaptation de l'Enfant et des Centres sociaux de Rééducation Gérard de Parrel a eu lieu le 26 février 1943 au siège social, 13, rue de l'Ancienne-Comédie, Paris (6e). La fondatrice, directrice générale, Mme Louise Matha, a présenté un rapport très documenté sur les activités des organisations médico-sociales de l'Œuvre. Malgré les difficultés actuelles plusieurs centaines d'enfants ont été examinés au cours de l'année 1942, et plus de cent enfants ont fréquenté régulièrement le Centre : cinquante mille séances de rééducation plurivalente ont été données.

(*Voir la suite des Informations page 110.*)

CHRONIQUE

Leçon inaugurale du professeur Etienne Chabrol

Le 10 mars dernier, M. le professeur Chabrol prenait possession de la chaire de pathologie médicale. Une assistance particulièrement nombreuse avait été attirée par cette première leçon. La réputation du nouveau professeur laissait prévoir qu'elle serait remarquable, et elle le fut en effet.

Nous avons noté dans l'assistance : MM. Hartmann, Carnot, Lemierre, Pagniez, Labey, Armand-Delille, de Gennes, Huber, Mollaret, Debré, Moulonguet, Jayle, Merklen, Lamy. Mais la délégation en robe fait son entrée, groupant autour de M. le Doyen, les professeurs Guillain, Binet, Gougerot, Harvier, Troisier, Mondor, Gastinel, Henri Bénard, Pasteur-Vallery-Radot, Guy Laroche.

Présentant le nouveau professeur, M. le Doyen Baudouin se plut à rappeler le souvenir de leur maître commun Gilbert, et c'est aussi à un témoignage de sympathie envers l'école de Gilbert que le professeur Chabrol voulut, dans son remerciement, attribuer modestement sa brillante élection.

Puis il rappela sa terre d'Auvergne, à laquelle se rattachent tant de souvenirs de famille.

Ses premiers contacts avec la médecine eurent lieu dans la voiture d'un praticien de campagne, puis avec son oncle regretté, Camille Chabrol.

Lors de ses débuts à la clinique chirurgicale de Terrier, il vit pour la première fois « dans une symphonie en blanc » couler la bile dont les réactions infinies lui procurèrent tant de joies... Ce fut ensuite un plaisir que de l'entendre évoquer le souvenir de ses maîtres, « la calotte pittoresque de Maurice Klippel, Parmentier, clinicien de bon sens au lorgnon scrutateur », Widal, Debove, Gilbert, surtout, auquel il doit tant, et qui fut « un exemple de persévérance, de probité et de volonté ».

Il remercia le professeur Carnot de lui avoir ouvert, à la mort de Gilbert, le champ d'action de l'hydrologie. Il devait, par la suite, guider à ses côtés, avec le professeur Rathery. bien des caravanes de médecins sur les routes de France et d'Europe.

Nous ne pouvons suivre M. Chabrol dans le tableau magistral qu'il brossa ensuite de « l'œuvre des cliniciens en pathologie hépatique », et du rôle prépondérant de l'école française. Les étudiants qui se pressaient sur les gradins retiendront qu'il ne faut pas torturer les faits pour les faire entrer dans un cadre physiopathologique... que lorsque le fait est en opposition avec la théorie, c'est le fait qui a raison. En tout cas, ils n'auront garde d'oublier cette belle définition que donna le professeur Chabrol : « l'enseignement, c'est l'amitié... »

Au cours de cette leçon, qui fut remarquable d'élégance, d'aisance et de facilité, M. Chabrol nous dit toute son affection pour le professeur Bénard « qui réalisa le tour de force de préparer l'internat sans notes ». Chacun put constater qu'au cours de sa première leçon, le professeur Chabrol dédaigna de consulter les siennes.

M. L. S.

Leçon inaugurale du professeur Petit-Dutaillis

La Faculté conserve ses traditions. Le lundi 15 mars, la leçon inaugurale du professeur Petit-Dutaillis s'est déroulée avec le cérémonial habituel : devant l'amphithéâtre rempli d'amis et d'élèves, les professeurs en robe rouge, massier en tête, entouraient le nouveau maître. Après la présentation du doyen Baudouin, selon l'usage, le professeur Petit-Dutaillis remercia ceux qui l'avaient élu, et ses maîtres : Legueu, chirurgien prestigieux, orateur remarquable ; Lenormant, près duquel il a passé une année d'internat et deux années d'auto-chir « dans une ambiance de cordialité et d'entrain », et dont il a pu admirer le bon sens inaltérable et le grand esprit de finesse qui fait la gloire de notre école de chirurgie française ; Hartmann, le professeur chez lequel on travaillait, et qui poussait au plus haut degré la conscience professionnelle ; enfin Antonin Gosset, aux côtés duquel il a travaillé pendant vingt ans, opérateur merveilleux, organisateur et réalisateur exceptionnel, qui a créé ce centre chirurgical de la Salpêtrière, concentrant autour du chirurgien toutes les branches de la médecine, de la biologie, véritable « travail de la ruche », grand animateur qui ne savait « se reposer de l'action que par l'action ».

Abordant ensuite ses projets d'enseignement de la pathologie chirurgicale, Petit-Dutaillis, à l'exemple de Lecène, compte surtout enseigner la pathologie descriptive : la clinique et surtout le diagnostic et le pronostic qui commandent la thérapeutique. Et à la suite de cet enseignement scolaire il prévoit un enseignement complémentaire ou de perfectionnement selon les données de la réforme des études. Depuis quinze ans la clinique chirurgicale a été transformée par les progrès de la radiologie : véritable innovation dans l'étude des malades, dans la précision du diagnostic, dans la précocité de ce diagnostic permettant le traitement précoce (ulcères, tumeurs du tube digestif), même en chirurgie d'urgence (perforation, occlusion intestinale, invagination), ayant enfin une répercussion sur les progrès mêmes de la chirurgie (neurochirurgie, urologie, etc.). Mais il ne faut pas oublier que la radiologie reste indissolublement liée à la clinique. Sans elle, elle n'est rien et sans l'expérience qui apprend l'interprétation des images.

Se tournant ensuite vers les étudiants, d'une voix que l'émotion fait vibrer, le nouveau professeur termine cette magnifique leçon, en les adjurant de conserver au cœur l'optimisme, l'idéal, dont la valeur est éternelle et, devant la folie de destruction des hommes et le peu de prix qu'on attache maintenant à la vie humaine, ne pas se dire : « A quoi bon ! » Le frêle esquif ballotté par la tempête arrivera enfin au port. Conservez votre espoir, vos forces pour la profession que vous avez choisie, la plus belle de toutes, qui arrache les hommes à la souffrance et à la mort.

M. Lance.

La médaille du professeur Dionis du Séjour (de Clermont-Ferrand)

Les collègues, les élèves et les amis du professeur Dionis du Séjour se sont réunis le 14 mars 1943, dans la salle des actes de l'Ecole de Médecine, pour lui offrir à l'occasion de son admission à l'honorariat, une médaille en souvenir de son enseignement dans la chaire de clinique chirurgicale.

La réunion avait lieu sous la présidence du docteur Raymond Grasset, secrétaire d'Etat à la Santé. Des discours furent prononcés par M. le professeur Castaigne, directeur honoraire de l'Ecole, par M. le professeur Merle, directeur, par M. le bâtonnier Billy, au nom des amis personnels, enfin par le docteur Gaillard, au nom des anciens élèves.

Le professeur Dionis du Séjour remercia en un discours d'une haute tenue littéraire. Il dit son émotion de quitter cette Ecole de Médecine, dont il dirigea pendant un quart de siècle un des plus importants services de clinique.

Le docteur Grasset termina par une éloquente improvisation.

Les nombreux amis que Dionis du Séjour compte à Paris se sont associés de loin à cette manifestation en l'honneur du collègue bien cher qui a su porter si dignement un nom déjà illustre dans l'histoire de la médecine.

REVUE GENERALE

Les sciatiques chirurgicales

Par M. le professeur Henri ROGER, de Marseille

La sciatique, affection particulièrement douloureuse, est souvent rebelle aux moyens thérapeutiques. A côté des médications chimiques, s'adressant soit à la douleur (antinévralgiques), soit au processus rhumatismal chronique, considéré comme son facteur principal, on a essayé de nombreuses méthodes physiques : massages et autres pratiques mécaniques, utilisés par les écoles scandinave ou anglo-saxonne, air chaud, rayons de toutes sortes (infra-rouges, surtout rayons X et même radium), électricité (ionisation, diathermie, etc.), cures thermales. On a préconisé toute une série d'injections locales, intradermiques (histamine), sous-cutanées (air), périnerveuses (antipyrine, alcool), épidurales (novocaïne, lipiodol), acupuncture.

Il n'est donc pas étonnant qu'en désespoir de cause la chirurgie se soit attaquée, elle aussi, à ce problème thérapeutique. C'est à l'étude de ces traitements chirurgicaux et surtout de leurs indications opératoires que sera consacré cet article, où nous essaierons de dégager les formes chirurgicales de ces sciatiques.

Avant d'entrer dans le propre de notre sujet, il n'est pas superflu de le limiter aussi strictement que possible.

Nous entendons, sous le nom de formes chirurgicales de la sciatique, non point celles que le chirurgien a l'habitude de déceler dans sa pratique courante, mais plutôt celles qui ne viennent pas à son observation, mais qui doivent lui être adressées, malgré leur apparence médicale, par le praticien, par le neurologiste, parce qu'en définitive elles n'ont de soulagement que par l'acte opératoire.

PARASCIATIQUES. — Cette distinction est importante à établir. Elle nous permet d'éliminer toute une série de cas, la plupart curieux, mais rares, où la douleur est consécutive à la compression du nerf par un facteur susceptible d'être repéré par le chirurgien, enlevé ou traité par lui.

Cet obstacle peut se trouver sur tout le trajet du nerf, depuis la périphérie jusqu'à son origine, et être dû à des causes diverses.

1° Sur le trajet du nerf DANS LE MEMBRE INFÉRIEUR, ce peuvent être :

a) Une *lésion osseuse :* exostose de la tête du péroné, ostéome ou ostéosarcome du fémur, ostéomyélite, fracture avec cal vicieux ou non, parfois fracture méconnue de la tête du fémur chez le vieillard ;

b) Une *lésion des parties molles :* tumeur bénigne ou maligne, kyste, anévrisme poplité, plus rarement inflammation chronique comme celle qui s'installe autour d'un corps étranger (fragment d'aiguille cassé dans la fesse dans un de nos cas, vaselinome), nodule autour d'une injection de bismuth, qui doit être enlevé, hémorragie fessière spontanée chez une hémophile ou après chute chez un de nos tabétiques, irritation par injection d'alcool, de quinine, de bismuth ou de soludagénan ;

c) Une *lésion du nerf lui-même :* schwannome, tumeur royale ou non) de neurogliomatose de Recklinghausen, sarcome.

2° Sur le trajet DANS LE BASSIN :

a) Une *lésion osseuse :* ostéosarcome, plus rarement tuberculose de l'ischion, ou abcès pelvien de la coxalgie, fracture du bassin avec pénétration intra-cotyloïdienne de la tête fémorale, arthrite chronique de la hanche à forme postérieure ;

b) *Lésion d'un organe voisin :* chez la femme, fibrome inclus dans le ligament large, tumeur des ovaires, annexite (sciatiques dites gynécologiques) ; chez l'homme, carcinomatose prostato-pelvienne, métastases d'un séminome ; dans les deux sexes, appendicite à retentissement pelvien, tumeur ou inflammation du cæcum ou de l'anse sigmoïde, kyste hydatique.

3° AU NIVEAU DU RACHIS :

Surtout mal de Pott et cancer du rachis, de diagnostic parfois délicat au début, fracture du corps, des lames ou des seules apophyses articulaires, sarcomes épiduraux des enfants.

Nous laisserons de côté tous ces cas disparates. Un examen clinique approfondi établit, le plus souvent à l'aide de la radiographie pour les lésions osseuses, le diagnostic causal de ce que nous avons proposé d'appeler « les parasciatiques ». Leur cause réside au voisinage du nerf et non au niveau du nerf lui-même ; elles sont, soit d'emblée, soit à la longue, d'ordre chirurgical, plus ou moins curables par une intervention.

Ces faits sont de beaucoup les plus rares. Une fois éliminés, il faudrait envisager d'*autres sciatiques symptomatiques*, mais celles-ci dues à la souffrance directe, et d'allure plus médicale.

Elles ont des origines diathésiques (goutteuse, diabétique), carentielle, vasculaire (artérite ou varices), neuroanémique et surtout infectieuse : infection à virus neurotrope ou focalsepsis des Américains localisée au niveau des dents ou des amygdales, ces deux variétés pouvant avoir une sanction thérapeutique chirurgicale (extraction de la dent cariée ou tonsillectomie).

Restent deux ordres de sciatiques, celles qui ont une allure radiculaire et celles qui ne font pas facilement leur preuve étiologique, et qu'en désespoir de cause on étiquette du qualificatif « d'essentielles », de communes, de rhumatismales. Les unes et les autres ont été, ces derniers temps, envisagées sous un angle chirurgical.

SCIATIQUES RADICULAIRES. — Les sciatiques d'allure radiculaire ont des caractères assez spéciaux.

Si, au début, l'algie domine seule la scène, il ne tarde pas à s'y associer : une atrophie musculaire plus ou moins accusée, des troubles moteurs portant surtout sur le sciatique poplité externe (parésie des extenseurs du pied et steppage), une diminution considérable ou une abolition du réflexe achilléen, une hypoexcitabilité électrique avec ou sans réaction de dégénérescence, une bande d'hypoesthésie partant de la racine et se prolongeant à la face postéro-externe du membre jusqu'au pied. Dans ces sciatiques radiculaires, les points de Valleix et le signe de Lasègue ne sont pas très accusés ; par contre, les signes de la toux et de l'éternuement sont à leur maximum.

Dejerine et ses élèves ont considéré ces radiculites sciatiques comme d'origine fréquemment syphilitique. L'expérience montre que, le plus souvent, elles n'évoluent pas sur un terrain spécifique, que la réaction de B. W. du sang et du L. C. R. est rarement positive, que le traitement pierre de touche a des effets très inconstants, même s'il est institué précocement.

Ces sciatiques radiculaires sont souvent consécutives à une infection par virus neurotrope, à une névraxite basse. En pareil cas, il n'est pas rare de voir se dessiner ailleurs une autre localisation qui, en montrant la diffusion des symptômes, contribue au diagnostic causal.

D'autres sciatiques radiculaires entrent dans le domaine neuro-chirurgical, parce que consécutives à l'irritation des racines par une arachnoïdite, par une tumeur, par un autre processus curable chirurgicalement.

Le *diagnostic* en est facilité par deux ordres de faits :

1° *Faits cliniques.* La progression des signes et leur tendance à la diffusion est assez caractéristique.

Les douleurs vont en augmentant ; elles finissent par empêcher tout sommeil, n'étant pas toujours soulagées par le décubitus, qui parfois les exacerbe. Il peut arriver qu'elles s'atténuent à la longue et disparaissent dans le sciatique malade, mais c'est pour s'étendre au crural (cruro-sciatique), au génito-crural, au fémoro-cutané, ou pour passer au sciatique du côté opposé. De même, la parésie du sciatique poplité externe, qu'il fallait, au début, déceler par de fines épreuves, s'avère de plus en plus nette, se retrouve à l'autre extrémité et gagne parfois la racine. Il s'y surajoute des troubles sphinctériens à type de rétention ou d'incontinence, une hypoesthésie en selle. Mais il ne faut pas attendre ce stade de sciatique paralytique ni de sciatique bilatérale pour trancher le diagnostic, qui sera facilité par les épreuves de laboratoire.

2° *Epreuves de laboratoire.* L'examen du L. R. C. fournit trois données importantes :

a) Dissociation albumino-cytologique ;

b) Epreuve de Queckenstedt positive avec blocage total ou partiel, absence, faible degré ou lenteur de l'ascension de la courbe manométrique ou, mieux, de la descente, avec second niveau élevé ;

c) Lipiodo-diagnostic sous-arachnoïdien qui, en cas de sciatique, peut être pratiqué au niveau de D12-L1 : arrêt ou effilochage du lipiodol, total ou partiel, définitif ou transitoire.

En présence d'un pareil tableau clinique, il faut penser à une arachnoïdite ou à une tumeur.

En faveur d'une *arachnoïdite* plaideront un petit épisode infectieux, qui en aura marqué le début, ou une évolution par poussées, ou un accrochage partiel avec éparpillement caractéristique de l'image lipiodolée.

On devra, en pareil cas, avoir recours au traitement anti-infectieux et à la radiothérapie, qui améliorent un assez grand nombre de cas. Parfois, l'épreuve lipiodolée, par une action locale de l'iode, atténue les douleurs, après les avoir momentanément exacerbées. Mais il ne faudra pas s'attarder à ces thérapeutiques médicales. S'il y a un syndrome de Froin assez net, si le blocage est accusé l'intervention s'impose d'emblée.

Dès l'ouverture de la dure-mère, on trouve des pinceaux d'arachnoïdite qui réunissent deux ou trois racines. On les dilacère délicatement, à la sonde cannelée, on excise aux fins ciseaux les parcelles les plus exubérantes.

Une fois disséquées, sans trop s'attarder, ces racines paraissent congestionnées, une d'elles plus que les autres. Si on comprime délicatement cette dernière entre les mors d'une pince aux extrémités caoutchoutées pour éviter tout traumatisme brutal, on déclenche une violente douleur au siège même de l'algie sciatique. Comme l'a préconisé mon ami le professeur Barré, et comme notre neuro-chirurgien Arnaud l'a réalisé à diverses reprises, on pourra sectionner cette racine qui souffre.

Il arrive parfois que, même en présence d'une sciatique presque exclusivement unilatérale, les adhérences soient très étendues et engluent à peu près toute la queue de cheval. L'intervention est plus délicate. A vouloir trop séparer les racines les unes des autres, on risque de provoquer des traumatismes opératoires, des hémor-

ragies ou de petits foyers thrombosiques détruisant les racines peu touchées et entraînant des troubles paralytiques graves. Il nous est arrivé, dans des cas anciens, de voir les racines, conglomérées les unes avec les autres, en un faisceau compact de la dimension d'un crayon, qui nous parut un *noli me tangere*.

Dans ces arachnoïdites, l'acte opératoire doit être complété, autant que possible, par la radiothérapie et par un traitement anti-infectieux.

Il ne faut pas attendre monts et merveilles de la cure chirurgicale de ces arachnoïdites. Les résultats en sont rarement immédiats ; le bénéfice opératoire ne se fait souvent sentir qu'au bout de plusieurs mois. Des récidives ultérieures sont à craindre.

Il n'en est pas de même des *tumeurs des racines*.

A l'intervention, l'une d'entre elles apparaît plus ou moins renflée en noyau d'olive, vascularisée, parfois entourée d'arachnoïdite. Sa résection entraîne un soulagement plus immédiat et une *restitutio ad integrum*.

La tumeur est plus rarement extra-radiculaire, provenant des méninges.

En dehors de l'absence de poussées évolutives et d'un élément infectieux au début, la sémiologie ne diffère pas sensiblement de celle de l'arachnoïdite.

En dehors de l'arachnoïdite ou des tumeurs des racines, l'intervention montre des causes plus exceptionnelles de sciatiques : véritables paquets de *veines sinueuses et dilatées*, dont l'électrocoagulation prudente doit être entreprise, *hémorragie intra-radiculaire* survenue à l'occasion d'un effort (Alajouanine, de Martel, Thurel et Guillaume) dont l'incision mit fin au syndrome douloureux.

Ces sciatiques symptomatiques, ces sciatiques radiculaires, s'accompagnent le plus souvent de troubles paralytiques, de désordres sphinctériens, de symptômes bilatéraux, de modifications importantes du L. C. R. Par suite, elles diffèrent sensiblement du tableau des sciatiques à forme algique à peu près pure qu'on rencontre le plus souvent en clinique, sciatiques dites, suivant les auteurs, communes, essentielles ou rhumatismales.

SCIATIQUES COMMUNES. — Le tableau de celles-ci est bien connu :

Douleur s'étendant de la fesse à la face postérieure du membre jusqu'au mollet, ou inversement, remontant de bas en haut, précession ou accompagnement de douleur lombo-sacrée à type de lumbago, points de Valleix nets, signe de Lasègue accentué, aucune diminution de la force segmentaire, peu ou pas d'atrophie musculaire, réflexe achilléen conservé ou simplement affaibli, plus rarement aboli, absence de zone d'hypoesthésie, sauf sur le bord externe du pied.

L'évolution habituelle se fait par une douleur qui, rapidement, immobilise le patient au lit ou à la chambre durant trois ou cinq semaines, puis qui s'atténue et disparaît, mais récidive assez souvent après plusieurs années d'intervalle. Elle peut alterner avec des crises de torticolis ou de cervico-brachialite.

Toutes les sciatiques n'ont pas cette marche aiguë, ni pareille intensité. Quelques-unes, après un début bruyant, s'atténuent, mais s'éternisent. D'autres évoluent d'emblée plus lentement, mais durent de longs mois. Elles n'obligent pas le malade à interrompre ses occupations, mais le forcent à diminuer son activité, à marcher lentement, avec précaution ; elles l'empêchent de se baisser et constituent un tourment continuel. Ce sont ces sciatiques traînantes, rebelles, qui finissent par entrer dans le domaine chirurgical. Car on ne songe pas à faire opérer un malade qui a eu une ou deux crises passagères dans sa vie.

Suivant les opinions du moment, suivant les pays, on a attribué cette sciatique commune à une atteinte du tissu cellulaire sous-cutané, du muscle, des articulations (sacro-iliaque ou vertébrale). En réalité, il ne faut pas généraliser comme le voudraient plusieurs écoles.

Il y a lieu d'admettre plusieurs types cliniques :

A. — La *sciatique d'origine cellulitique*, *cellulalgie sciatique*, *cellulo-sciatique*, est caractérisée par des douleurs diffuses et quasi continuelles, localisées à la fesse, au mollet, sans irradiations à longue distance. La palpation méthodique du derme et de l'hypoderme découvre des infiltrats nodulaires très sensibles au simple attouchement. Leur effleurage d'abord, puis leur écrasement et leur malaxation par un masseur expérimenté, des injections sous-cutanées de 50 à 100 centimètres cubes d'air, des infiltrations intra-dermiques d'histamine guérissent ces cas rebelles.

B. — Dans les *sciatiques musculaires*, *myo-sciatiques*, la même exploration minutieuse montre, dans les masses musculaires des lombes, de la fesse, du mollet, des nodosités, des renflements, dont la palpation détermine une tension immédiate d'un groupe de fibres et réveille une douleur exquise.

La même thérapeutique par le massage améliore ces malades, surtout si on la combine avec des injections locales novocaïnées.

Cellulo et myo-sciatiques sont souvent associées chez le même sujet.

Pour l'une et pour l'autre, il est nécessaire d'adjoindre aux médications physiques un traitement général, en particulier un traitement hépatique.

De ces sciatiques musculaires, il faut dégager deux formes isolées par les auteurs américains, dues, l'une à la *myosite du petit muscle pyramidal*, l'autre à l'*épaissement de la bandelette ilio-tibiale de Maissiat*, qui ont toutes deux une sanction chirurgicale.

Le *muscle pyramidal*, qui naît au niveau de l'articulation sacro-iliaque et se dirige vers le trochanter, est en contact très étroit avec le tronc du sciatique. Celui-ci repose sur lui, passant le plus souvent en avant, parfois en arrière, pouvant le perforer et passer à travers ses fibres. Parfois, une branche fessière de la honteuse interne et la veine qui l'accompagne croisent le tronc du nerf sous le ventre du pyramidal. Une myosite chronique, une contracture du muscle, détermineront une congestion de la gaine nerveuse et une souffrance de tout le membre inférieur. En pareil cas, une section du pyramidal améliore les douleurs sciatiques, tout comme la section du scalène antérieur au cou remédie au syndrome algique cervico-brachial.

La *bandelette ilio-tibiale de Maissiat* est un trousseau fibreux, faisant partie des aponévroses fessière et fémorale. A la face externe de la cuisse, elle s'étend de la crête iliaque jusqu'à la tubérosité latérale du tibia. De sa face profonde, naissent les fibres charnues du moyen fessier et de fines lamelles qui séparent les divers muscles de la cuisse. Le muscle tenseur du fascia lata, qui, à sa partie supérieure, s'unit étroitement à cette bandelette, la tend et la tire en arrière. Le nerf sciatique, au-dessous du muscle pyramidal, contracte par sa face antéro-externe des rapports étroits avec ces aponévroses. Leur épaississement et, en particulier, celui de la bandelette qu'on a trouvée, dans certains cas, coupante comme l'arête d'un rasoir, irrite le nerf, détermine une tension douloureuse de la partie supéro-externe de la fesse et de la cuisse qui paraît surélevée, une contracture en abduction du membre inférieur qui rend difficile et douloureuse l'abduction de la cuisse, une scoliose.

L'injection d'air dans les plans de clivage interaponévrotique montre pareilles adhérences.

L'intervention d'Ober consiste à réséquer une partie de la bandelette de Maissiat et à libérer les aponévroses du tenseur du fascia lata et du grand fessier ; elle arrive à supprimer la souffrance du nerf. Cette opération, qui a été pratiquée fréquemment en Amérique par Deforest-Smith (80 cas), par Green et Bondy, a été critiquée par Bar, par Bradford, qui considèrent comme purement temporaire le résultat de ces aponévrectomies, de ces fascicectomies. Massart et Vidal-Naquet, qui ont, en France, exécuté trois fois cette opération, déclarent n'avoir obtenu que d'excellents résultats.

C. — Parmi les *sciatiques d'origine articulaire*, il faut séparer :

1° Celles dues à une arthrite sacro-iliaque, *sacro-sciatiques*, à début souvent brusque, au cours d'un faux pas, d'un effort, d'une hyperextension ou d'une torsion du tronc sur le bassin. Ses caractéristiques sont : localisation haute, point douloureux correspondant à l'interligne sacro-iliaque, image radiographique spéciale d'arthrose de cette articulation, amélioration par les injections profondes para ou intra-articulaires d'huile iodée ;

2° Celles dues à une *arthrite vertébrale lombo-sacrée*. Henri Forestier père, plus tard Sicard, incriminent l'irritation du funicule sciatique au niveau des *trous de conjugaison*, L4-L5 et L5-S1, rétrécis par un processus de fibrose sclérosante, par une congestion veineuse importante : *funiculite-sciatique par névrodocite*. Jacques Decourt et Petit-Dutaillis ont, dans un cas récent, au cours d'une intervention chirurgicale, constaté des lésions inflammatoires importantes extra-durales, strictement localisées au funicule et contrastant avec l'intégrité absolue des mêmes racines dans leur portion intra-durale.

Cette intervention a pris sur le vif la réalité de la congestion du funicule et vérifié ainsi l'hypothèse de Sicard.

Putti admet une *arthrite vertébrale postérieure des apophyses articulaires* lombaires et lombo-sacrées, retentissant secondairement sur le trou de conjugaison. Des images radiographiques anormales, qu'on décèle en multipliant les incidences des clichés et en les examinant à la loupe montrent diverses particularités : défaut de symétrie dans l'obliquité de l'interligne des apophyses articulaires droite ou gauche, disparition totale ou effacement partiel des interlignes, dissymétrie dans la taille et la forme des apophyses articulaires, densification des facettes articulaires.

La sciatique lombo-sacrée, la lombo-sciatique se traduit par une algie à prédominance haute, exagérée par les mouvements d'hyperextension et de latéralité du rachis, atténuée par le décubitus, par une raideur lombaire diminuant la lordose habituelle, par une scoliose secondaire, par une douleur au niveau de l'interligne lombo-sacré.

Elle est justiciable des infiltrations profondes de lipiodol et de la radiothérapie lombo-sacrée.

Une mention doit être réservée à la *sacralisation doulourense de la 5e lombaire et à la lombalisation de la 1re sacrée*, qui peuvent simuler une sciatique haute, ou qui, en coinçant le nerf, peuvent être une cause de réelle sciatique. On a baucoup exagéré

l'importance de cette malformation. Il ne faut porter ce diagnostic et n'intervenir en réséquant l'apophyse transverse qu'en présence d'une lésion accusée, d'un contact étroit de l'apophyse transverse avec l'ilion.

Diverses anomalies du rachis lombo-sacré ont été rencontrées: spondylolisthésis, bascule du sacrum ou sacro-listhésis, dont le traitement par plâtre, appareil orthopédique ou greffe d'Albee, amène parfois la sédation des phénomènes douloureux sciatalgiques, spondylolyse (solution de continuité uni ou bilatérale de l'arc postérieur au niveau de sa portion isthmique interarticulaire).

D. — *La sciatique, due au disque intervertébral lombaire*, variété à laquelle les auteurs modernes ont tendance à rapprocher la plupart des sciatiques rebelles.

LES SCIATIQUES DISCALES

On connaît, depuis longtemps, l'importance du disque intervertébral, auquel Mauric a consacré un important travail. Formé d'un anneau fibreux constitué de tissu élastique, il contient dans son centre un noyau fibro-cartilagineux, nucléus pulposus, vestige de la chorde dorsale de l'embryon.

Sous la forme d'une lentille biconvexe, ce noyau constitue une sorte de rotule mécanique à pivot, autour de laquelle se font les divers mouvements du rachis.

Il est situé, non en la portion centrale du disque, mais légèrement en arrière. L'anneau fibreux du disque est moins épais en sa partie postérieure, et n'adhère que peu au ligament vertébral commun postérieur. Ces deux dispositions facilitent sa luxation en arrière.

Dans l'inclinaison du rachis, le noyau est susceptible de se déplacer en sens inverse ; dans la flexion il se porte en arrière. Etant donné les dispositions anatomiques précitées, ce disque pourra, si la flexion est peu brusque, se luxer en arrière ; coincé entre les murs de sa prison, il ne peut fuir qu'en défonçant une de ses parois. Il vient ainsi à faire hernie dans le canal vertébral, à droite ou à gache du ligament vertébral postérieur qu'il soulève. C'est alors qu'il comprime les racines médullaires. Cette luxation sera facilitée par l'épaississement et la densification du nucléus pulposus qui se produit vers la trentaine (Schmorl). Formation non vasculaire, il commence sa sénilité d'une manière précoce. Sa consistance, qui va jusqu'à celle de l'os, l'avait fait prendre par les premiers opérateurs pour un fibrochondrome ou pour un chondrome. Androe, étudiant 368 colonnes vertébrales, dit avoir rencontré des hernies intrarachidiennes dans 15,2 pour cent des cas, parfois multiples (7 sur la même colonne), mais il ne leur attache pas d'importance pathologique.

La rupture du disque peut se produire au niveau de n'importe quel interligne articulaire. Dans l'immense majorité des cas, elle siège dans la charnière lombo-sacrée, L4-L5 et L5-S1, point faible de la charpente humaine. Exceptionnellement la hernie du disque comprime toute la queue de cheval, et provoque un syndrome paralytique sérieux avec troubles sphinctériens ; le plus souvent, elle se contente d'irriter les racines du sciatique.

Sur le vivant, au cours d'une intervention, le nodule, de la dimension d'un grain de blé, mesure 1 cm. de long, 1 cm. de large et 0,5 à 1 cm. d'épaisseur ; plus rarement, il atteint la grosseur d'un haricot, d'un cerise.

A cause de sa dureté, il faut souvent l'exciser au bistouri ou à la curette. Restant extra-dural, il fait saillie sous le ligament vertébral postérieur, qui est, en général, aminci au point où le nodule se hernie. Parfois, il pénètre dans la cavité durale à travers une boutonnière du ligament. L'examen histologique fait par Deuchne et Love a montré à ces auteurs un œdème du disque intéressant l'anneau fibreux et le nucléus pulposus, plus fréquemment chez les jeunes entre vingt et trente ans (43 pour cent des cas), œdème auquel de Morsier fait jouer un rôle important.

Avec de Sèze on peut schématiser DIVERS DEGRÉS DANS LA LUXATION DU DISQUE :

1° Simple écrasement qui, en raison de la richesse des terminaisons nerveuses (nerf sinu-vertébral), explique la douleur et la contracture du lumbago traumatique, la scoliose plus ou moins durable ;

2° Déplacement transitoire, mais à rechute, du disque qui décolle le ligament vertébral commun postérieur sans le déchirer et qui correspond aux entorses récidivantes ;

3° Subluxation permanente avec hernie nucléaire repoussant les racines du sciatique et répondant au tableau de la sciatique chronique ;

4° Luxation plus grave, comprimant plus étroitement les racines et aboutissant à la sciatique compliquée de paralysie unie ou bilatérale, à la sciatique étendue au crural, à l'apparition de troubles sphinctériens.

Si la compression médullaire ou médullo-radiculaire par hernie du disque entraînant une paraplégie avait été entrevue par Goldthwait (1912), par Middleton, la sciatique discale, par contre, avait été, jusqu'ici, peu étudiée, à part quelques cas de Mauric, de Glorieux, d'Alajouanine et Petit-Dutaillis (1928), en France ou en Belgique, d'Adson, Stookey, Dandy, en Amérique, lorsqu'une floraison de travaux lui a été consacrée aux Etats-Unis par Barr (de Boston), par Love, Welsch, Camp (de Rochester), par Spardling, Bradford, Gramnthem, qui ont opéré plus d'un millier de cas avec d'excellents résultats.

Depuis lors, de Sèze s'est particulièrement attaché à cette question, ainsi que A. Sicard, F. Coste, Cadenat et Dufour à Paris, Bergougnan et Caillon à Bordeaux, de Morsier à Genève.

LES SIGNES DE LA SCIATIQUE DISCALE ne diffèrent pas beaucoup de ceux de la sciatique commune, tout au moins de la forme lombo-sciatique.

1° Il y a à peu près toujours des *signes lombaires* :

a) Une étape lombaire précédant la sciatique, lumbago, récidivant ;

b) Durant toute la durée de l'algie, il y a de la contracture lombaire, disparition de la lordose habituelle et scoliose antalgique ro-latérale du disque comprimé ;

c) Limitation des mouvements du rachis lombaire qui sont douloureux et, au cas d'hypertension brusque du rachis, déclenchement brutal d'une douleur sciatique ;

d) Douleur sur le trajet du nerf par pression de L4-L5.

2° Les *signes habituels de la sciatique* sont présents :

a) Signes sensitifs : algies spontanées exacerbées par certaines conditions, en particulier par la station debout ou assise prolongée, surtout par le décubitus ventral, qui, quoique n'élongeant pas le nerf, est impossible à supporter, car il accroît le pincement du disque rétro-pulsé.

La douleur peut être déclenchée (Spurley et Granthan) par la compression des jugulaires (manœuvre de Naffziger et Jones), qui, à vrai dire, est un signe de lésion intra-durale basse, mais n'a rien de pathognomonique.

Love a indiqué sous le nom d'épreuve de Queckenstedt inversée un procédé de réveil de la douleur. Au cours d'une ponction lombaire faite au siège habituel vers L'3-L'4, et l'aiguille restant reliée au manomètre, on fait au-dessous, par l'hiatus coccygien, une injection épidurale de novocaïne. Celle-ci, d'une part, n'élève pas la tension du L. C. R. par suite du blocage, d'autre part, réveille une douleur tellement vive qu'on est obligé d'interrompre l'épidurale.

La douleur est par contre soulagée par la position de hamac : jambes fléchies sur la cuisse, en chien de fusil, en attitude de « surrepos », ce qui écarte l'espace intervertébral postérieur.

On observe rarement l'hypoesthésie de la face dorsale externe du pied.

b) Diminution ou abolition du *réflexe achilléen* (dans la moitié des cas).

c) Hypotonie ou légère atrophie de la fesse, parfois fibrillations musculaires du mollet, exceptionnellement parésie discrète de l'extenseur des orteils ou du pied.

d) Légère *hyperalbuminose* (0,40-0,50), plus rarement légère dissociation albumino-cytologique du L. C. R.

L'évolution par poussées peut durer des semaines ou des mois, avec parfois accalmies de plusieurs années, mais avec crises de plus en plus longues. Plus rarement, la chronicité succède au premier épisode algique. En tout cas, la sciatique est toujours rebelle.

Les CIRCONSTANCES ÉTIOLOGIQUES sont assez spéciales.

Le début se fait à peu près toujours à l'occasion d'un *trauma* : effort violent pour soulever un poids lourd, chute en position assise ou choc violent sur les épaulese, glissade, accident d'auto, etc.

Quand le malade souffre depuis longtemps, il lui faut un certain effort de mémoire pour se rappeler cet incident.

Ce facteur traumatique initial, quand il est nettement établi, pose la question de l'indemnisation de ces sciatiques discales qui, pour Claude et de Sèze, doivent être considérées comme des *accidents du travail*. Cette question entraîne cependant de nombreuses discussions, car entre le trauma et l'apparition des signes cliniques de sciatique il existerait assez souvent un intervalle libre allant jusqu'à six mois (Glorieux) et même sept ans (Crouzon).

A défaut de trauma important, on a incriminé des *microtraumatismes répétés* : transport de lourdes charges, efforts nombreux qui, chez les individus à mauvaise sangle abdominale et à nucléus pulposus sénescent, sont susceptibles de favoriser la subluxation. Certaines *professions*, soumises à la station debout continue et aux efforts se faisant en flexion légère du tronc, terrassiers, dockers, tourneurs sur métaux, seraient plus prédisposées. Il s'agirait presque de maladie professionnelle.

L'*examen radiologique du rachis* lombo-sacré (face, profil, oblique) montre exceptionnellement : une image de nodule intrarachidien calcifié, parfois un pincement du disque lombo-sacré s'accompagnant de sclérose des faces vertébrales correspondantes (éventualité rencontrée dans un quart des cas, mais non pathognomonique), plus souvent de petits arrachements osseux du bord postérieur du corps vertébral.

Glorieux conseille de prendre les clichés sur le malade assis, de façon à obtenir une meilleure incidence des rayons.

Avec ces anomalies peuvent coexister des malformations telles que spina bifida, sacralisation de L5 ou lombalisation de S1, spondylolysthésis, spondylolyse, qui prédisposeraient à la luxation du disque, et ne seraient pas, comme on pourrait le croire, la cause directe de l'algie.

Le diagnostic se fera surtout par l'ÉPREUVE DU LIPIODO-DIAGNOSTIC SOUS-ARACHNOIDIEN.

La technique a parfaitement été réglée, d'abord en Belgique par Glorieux, puis par les auteurs américains et enfin, en France, par Bergougnan et Caillon, par Ledoux-Lebard, Nemours et de Sèze.

L'injection est faite plutôt à la région lombaire supérieure ou par ponction sous-occipitale.

La quantité de lipiodol ne doit pas, en pratique, dépasser 2 ou 5 cm.3, sous peine de réveiller, au contact des racines enflammées, des douleurs vives, parfois avec aggravation des symptômes, avec apparition de troubles moteurs unis ou bilatéraux. Les auteurs américains, qui ont une expérience considérable de la question, conseillent une technique permettant de retirer le lipiodol après examen radiologique.

Les clichés doivent être pris de face, en décubitus ventral, et de profil, côté sain, côté malade. Il ne faut pas se contenter de prendre des films. Il est indispensable de suivre sur l'écran le transit de l'huile iodée. On observe mieux l'arrêt temporaire en face de l'un ou des deux derniers disques lombaires, qu'on peut alors fixer sur un film. Il ne faut pas s'attendre à un arrêt définitif, total ou partiel, qui ne correspond qu'à un stade tardif des lésions (arrêt massif, arrêt en peigne ou arrêt en chapelet), mais simplement à une déformation minime du transit.

On peut noter *plusieurs types d'images* :

1° « Un *défect* » *unilatéral*, correspondant à une hernie latérale et dû à ce que le lipiodol, arrivé au niveau du disque hernié, contourne l'obstacle latéral, et se réduit à un mince défilé pour reprendre plus bas son étalement normal.

De face, en décubitus ventral, on voit une encoche nette à petits rayons comme taillée à l'emporte-pièce, en cas de hernie unilatérale pure, plus fréquemment une encoche à contours plus irréguliers, et à plus grand rayon en cas de lésion associée du ligament jaune (Bergougnan et Caillon).

De profil, en décubitus sur le côté malade, on aperçoit une empreinte sur la face antérieure du lipiodol qui manque dans le décubitus sur le côté sain.

2° Un *défect bilatéral*, en rapport avec une hernie bilatérale, ou une hernie unilatérale secondairement compliquée de réaction bilatérale, auque cas le défect est plus accusé, d'un côté que de l'autre : image en haltère.

3° Exceptionnellement, une image d'abord en cupule, puis dessinant une caverne médiane arrondie se détachant sur le fuseau lipiolodé, au cas de hernie médiane.

Ces images sont importantes pour le diagnostic, mais n'ont, sauf peut-être l'image en haltère, aucune valeur pathognomonique : l'encoche latérale peut se voir avec une tumeur des racines. D'autre part, il peut y avoir hernie du disque, sans modifications du transit de l'huile iodée, soit que la hernie soit trop petite ou trop latérale, soit que le cul-de-sac arachnoïdien soit anormalement court.

Pour mieux dessiner les contours, Alajouanine, Thurel et Welti conseillent l'emploi de quantités plus considérables, 15 cm3 de lipiodol, qui, en remplissant complètement le cul-de-sac, dessinerait des images lacunaires très nettes ; l'emploi du lipiodol très fluide, moins riche en iode, permettrait une pénétration plus facile le long des gaines. Mais cet avantage ne serait pas prouvé (Bergougnan et Caillon) et, d'autre part, de pareilles quantités de lipiodol même fluide risquent d'être mal tolérées par les racines : aggravation ou bilatéralisation de l'algie, apparition de troubles parétiques, exceptionnellement arachuoïdite kystique enrobant l'huile iodée et réalisant un véritable oléome iodé sous-dural.

Pour obvier aux inconvénients du lipiodol, les auteurs américains (Love et Welsh) préfèrent l'*injection intra-rachidienne d'air* (spinogramme), manœuvre plus inoffensive, mais dont les clichés sont d'interprétation plus délicate. L'épreuve lipiodolée n'est utilisée qu'au cas d'échec de l'autre méthode.

Ainsi donc, soit que l'étude clinique soit probante, soit que la notion du traumatisme initial ou de microtraumatismes fréquemment répétés soit flagrante, soit que l'épreuve lipiodolée soit des plus nettes, on ne confondra pas la sciatique discale avec une tumeur des racines ou avec une arachnoïdite.

LE TRAITEMENT EST SURTOUT CHIRURGICAL.

La *laminectomie* doit, en général, être aussi limitée que possible, porter sur une ou deux lames et, tout en allant jusqu'aux pédicules, ne pas les dépasser, afin d'éviter un affaiblissement ultérieur de la statitique. Love a pu se contenter d'une hémilaminectomie, et ne réséquer que le bord inférieur de la lame, sans interrompre l'arc postérieur de la vertèbre. En réalité, il faut un champ assez étendu pour y voir clair et ne pas risquer de léser les racines.

Le malade, étant en décubitus ventral, on sectionne une ou deux apophyses épineuses, à leur base. Les lames sont enlevées à la pince gouge. On résèque ensuite, aussi largement que possible, le ligament jaune, en général épaissi.

On aperçoit une racine œdématiée, hypervasculaire.

On explore sur le côté l'espace épidural, avant toute ouverture de la dure-mère. Certaines hernies, très latérales, se voient dès qu'on a récliné la dure-mère. D'autres, fixées au ligament vertébral postérieur, doivent être disséquées avec un bistouri très fin (ténotome) ou avec le bistouri électrique. A côté de hernies faciles à enlever en bloc, il y a des hernies « pas mûres » (Petit-Dutaillis), incomplètement extériorisées, qui ne se laissent extirper que par fragments. Parfois un nodule, calcifé ou ossifié, ne peut être enlevé qu'à la curette ou même avec le maillet et le ciseau.

Au cas de hernie médiane, trop volumineuse et inextirpable par voie épidurale, au cas de hernie invisible, il faut ouvrir la dure-mère en arrière, passer entre les racines, inciser la dure-mère en avant, sur le relief que forme le nodule.

Tant pour le temps intra-dural que pour l'épidural, il est indispensable, afin d'éviter tout hématome, d'avoir une hémostase parfaite. L'électro-coagulation prudente des plexus veineux s'impose.

Le malade, après l'intervention, souffre pendant quelques jours. Si l'ablation du nodule a été totale, il reste guéri, et reprend ses occupations au bout d'un mois, autant que possible d'une manière progressive.

Sur 58 cas, Bar enregistre 32 *résultats* satisfaisants et 12 améliorations. La statistique de Petit-Dutaillis, Ribadeau-Dumas et Messimy porte sur 44 cas revus : 30, de 1 à 6 mois après l'opération ; 9, de 6 mois à 1 an ; 4, de 1 à 2 ans ; 1, dix ans après. Sur 9 malades, opérés au stade de syndrome de la queue de cheval, les résultats sont médiocres, 3 guérisons, 2 récupérations incomplètes, 2 sans récupération fonctionnelle. Sur les 35 cas opérés au stade de sciatique pure, 30 sont complètement soulagés et ont pu reprendre leur profession au bout d'un temps variable : la sédation des douleurs a été parfois immédiate, plus souvent lente. La raideur lombaire et la scoliose persistent encore quelques semaines, ainsi que le signe de Lasègue, malgré la disparition de l'algie.

Les récidives sont exceptionnelles : 5 cas sur 500 opérations (Love et Welsh), 3 cas cependant sur 35 de la statistique de Petit-Dutaillis. Elles sont vraisemblablement dues à une hernie du côté opposé.

Après l'ablation de la hernie discale, quelques chirurgiens préconisent une greffe d'Albee. A la Mayo-Clinic, cette opération complémentaire n'a paru indiquée que 15 fois sur 500 opérations. On la conseille en particulier au cas de coexistence de spondylolisthésis, de spondylose ou d'arthrite lombo-sacrée grave.

Cette question des sciatiques discales a fait couler beaucoup d'encre.

Deux controverses se sont ouvertes, concernant d'une part leur traitement et la nécessité d'une intervention, d'autre part et surtout la fréquence de cette forme de sciatique.

La sciatique discale paraît, au premier abord, le prototype de la sciatique chirurgicale. Et, cependant, on voit de pareils cas guérir par le *traitement purement médical.*

Celui-ci comporte l'épreuve du repos au lit, dos et épaules légèrement surélevés, cuisses et jambes demi-fléchies, soutenues par des traversins placés sous les jarrets, immobilisation qui sera facilitée par des antalgiques. Peu à peu, le malade sera placé en position de rectitude, passera du lit à la chaise-longue et au fauteuil. La reprise du travail sera progressive avec port obligatoire d'une ceinture de coutil.

Dans les cas rebelles, on pourra immobiliser le malade pour une courte durée dans une coquille plâtrée corrigeant l'attitude antalgique.

La réduction forcée sous anesthésie générale, qui donne parfois des succès, n'est pas à conseiller, en raison de complications sérieuses, troubles paraplégiques ou sphinctériens, dus à l'écrasement ou à l'étirement des racines au cours de cette manœuvre aveugle.

Par contre, la *radiothérapie pénétrante*, fortement filtrée, utilisée par Bergougnan et Caillon aux doses de 150 R., trois fois par semaine, jusqu'à 1.200 ou 1.800 R., a amélioré pas mal de cas de façon durable. Peut-être s'agit-il de phénomènes congestifs du nerf ou d'épaississement du ligament jaune plutôt que de véritables hernies discales.

A l'heure actuelle, il y a lieu de commencer le plus souvent par le traitement médical ou radiothérapique. Le traitement chirurgical sera toutefois indiqué d'emblée chez les manouvriers soumis aux efforts répétés qui ont besoin de guérir complètement pour éviter les rechutes auxquelles leur profession les expose et de guérir vite pour mieux gagner leur vie.

Une discussion plus importante a trait à la FRÉQUENCE DE LA SCIATIQUE DISCALE.

Est-elle, comme l'a prétendu de Sèze, « responsable de toutes

les sciatiques d'effort et de presque toutes les sciatiques graves, tenaces ou récidivantes » ? Reste-t-elle « la cause plus fréquente des sciatiques banales en apparence » ? Faut-il, avec de Morsier, considérer la sciatique essentielle comme due, dans la très grande majorité des cas, à une discopathie aiguë, subaiguë ou chronique, lombo-sacrée, d'origine traumatique ou dégénérative, et alors liée à une spondylose déformante, en rapport avec une hérédo-dégénération familiale ?

On peut jeter dans la balance les 500 cas opérés à la clinique Mayo, en France, statistique précitée de Petit-Dutaillis. En juin 1942, de Sèze disait avoir observé, sur 33 sciatiques graves, 29 images radiologiques de forme discale ; sur les 22 cas opérés, la hernie fut trouvée sans exception.

Par contre, Carrot et David, opérant 13 cas de sciatique rebelle, ne trouvent qu'une seule hernie postérieure du disque, mais signalent, à l'intervention, une sensibilité particulière du disque.

Coste s'étonne de l'ostracisme jeté sur la sciatique rhumatismale banale. En effet, le tableau clinique de la sciatique discale n'a rien de pathognomonique. Le lipiode-diagnostic lui-même est susceptible de montrer une déformation de la coulée opaque en présence d'une sciatique commune.

Le traumatisme est loin d'être à l'origine de bien des sciatiques rebelles. Même en Amérique, les lombalgies et sciatiques, ayant subi une intervention pour hernie discale, ne représentent que 1,8 p. 100 des malades venus consulter pour ces affections à la clinique Mayo.

Les adversaires de la théorie discale attribuent les sciatiques traînantes à trois sortes de processus découverts par la laminectomie :

1° *L'épaississement du ligament jaune* est, comme nous l'avons déjà indiqué, fréquemment associé à la hernie du disque : 155 fois sur 175 cas (Grafton-Love) ; mais il peut être isolé, 12 fois sur 300 opérés du même auteur.

Cette hypertrophie isolée du ligament jaune avait déjà été décrite et opérée par Elsberg (1913), par Towne et Reichert, par Puusepp, par Abbott, par Hamptone et Robinson, par Spurling, Mayfield et Rogers, par Brown.

L'hypertrophie est tantôt unilatérale, développée aux dépens de l'expansion latérale du ligament, transformée en un bloc fibreux de 1 cm., repoussant l'étuidural et comprimant la racine. Elle est tantôt bilatérale, repoussant en avant la dure-mère et étranglant le sac dural. A la coupe, le ligament présente un aspect grisâtre, à la place de la teinte jaune qui lui a fait donner son nom. Le tissu élastique normal est remplacé par du tissu conjonctif fibreux.

Les symptômes ressemblent à ceux de la sciatique discale. Toutefois, le transit lipiodolé montre de face un défect plus étendu que pour la simple hernie. De profil, une lacune siégeant sur le bord postérieur de la colonne lipiodolée, appartient au ligament jaune, alors qu'une encoche à son bord antérieur est due à la hernie du disque.

2° *L'épaississement hypertrophique de la graisse épidurale*, tout autour de la racine sciatique, qu'elle comprime, avait déjà été signalé par Sicard, dans les cas qu'il avait fait opérer par Robineau ; il a été retrouvé par d'autres auteurs et les malades guérissent après ablation de cette épidurite graisseuse hypertrophique.

3° Parmi les *racines* que l'ouverture de la dure-mère met à nu, on en observe quelquefois *une, particulièrement œdématisée et congestionnée*, qui tend à faire hernie, par une sorte de « syndrome d'hypertension spinale » (Carrot et David). Doublée de volume, elle prend une coloration rougeâtre et sillonnée de grosses veines dilatées. Si on vient à la serrer délicatement entre les mors d'une pince, on détermine une douleur en éclair dans le membre.

La laminectomie, d'une part, l'électrocoagulation prudente des plexus veineux épi et intra-duraux, d'autre part, en supprimant les poussées congestives, améliorent pareilles sciatiques. Mais il est une intervention plus radicale. Chez plusieurs malades, où l'intervention ne montrait pas d'autre lésion, Barré conseille l'anesthésie, puis la section au bistouri électrique de cette racine hypersensible ; Arnaud a réalisé cette opération, qui n'entraîne d'autre séquelle qu'une zone d'hypoesthésie limitée. De Sèze, Guillaume et Carbonnel ont pratiqué la même intervention dans un cas de hernie discale, où l'ablation difficile du disque ne put être complète en raison des complications que l'extirpation totale aurait entraînées.

Ces trois sortes de lésions : épaississements du ligament jaune, épidurite, congestion et œdème d'une racine, se rencontrent seules ou associées. Dans l'un ou l'autre cas, elles bénéficient toujours de l'intervention chirurgicale.

De Sèze continue à penser qu'elles sont rarement isolées et qu'elles compliquent habituellement la hernie du disque, et, en ce cas, expliquent, par leurs poussées congestives, l'évolution intermittente de la sciatique par hernie du disque, hernie qui, par son caractère permanent, impliquerait une marche plus continue.

Pour cet auteur, si les neuro-chirurgiens ne découvrent pas la hernie, c'est qu'ils la cherchent trop sur la ligne médiane. C'est souvent très latéralement, parfois après résection partielle des apophyses articulaires, qu'on trouve d'abord une saillie du ligament jaune épaissi qu'il faut enlever. Puis une douleur vive annonce la présence de la racine L5-S1, anormalement à l'étroit dans un défilé interdiscoligamentaire, constitué en avant par le disque et en arrière par l'apophyse articulaire postérieure, doublée par son matelas ligamentaire.

D'où la nécessité de reséquer ligament jaune et même rebord interne de l'apophyse articulaire, contre laquelle la racine vient s'écraser.

Personnellement, si nous éliminons un cas de hernie discale dorsale, sans signe sciatique, opéré avec succès, si nous ne retenons que les sciatiques d'allure commune, non compliquées de paralysie, nous ne trouvons, sur dix opérations effectuées par Arnaud et Paillas, aucune hernie du disque. Par contre, ces dix cas étaient dus : trois fois à une arachnoïdite, deux fois à des épidurites, une fois à l'épaississement du ligament jaune, une fois à des varices de tous les plans (peau, tissu épidural, trou de conjugaison), une fois à une curieuse fracture méconnue de la lame de L4, deux fois à des associations lésionnelles : épidurite et arachnoïdite dans un cas, épidurite, arachnoïdite et tumeur d'une racine du type angiogliome dans un autre cas. Sur ces dix cas de sciatique non discale, le traumatisme paraissait pouvoir être retenu deux fois : choc lombaire violent dans une arachnoïdite, effort assez important et répété dans une arachnoïdite, chute sur la glace chez le malade opéré de varicosités multiples.

De l'ensemble de ces recherches, il résulte que les sciatiques chroniques ne sont pas attribuables à un seul et même processus.

La pathologie discale est loin d'être la seule et n'est probablement pas la plus fréquente. Diverses causes peuvent contribuer à l'irritation du nerf.

L'intervention découvre tantôt une hernie du disque, tantôt un épaississement du ligament jaune, tantôt une épidurite scléreuse, tantôt une congestion œdémateuse d'une racine, tantôt une arachnoïdite, tantôt une tumeur radiculaire. Dans la grande majorité des cas, la laminectomie, même si elle ne montre pas de lésion nettement caractérisée, apporte un soulagement notable, et, dans toute sciatique rebelle et récidivante, l'on ne saurait trop conseiller cette intervention, habituellement bénigne.

Malgré tout, le nombre des sciatiques relevant de la chirurgie reste une minorité. Il n'y a pas lieu, comme le voudrait Alain Mouchet, « de mettre au tombeau » la sciatique essentielle dite rhumatismale.

A côté des soulagements thérapeutiques non douteux, il faut savoir gré aux recherches chirurgicales d'avoir affirmé, par des épreuves irréfutables, la pathogénie, si souvent vertébrale, de la sciatique, si bien mise en évidence par la clairvoyance divinatrice de J.-A. Sicard, par ailleurs l'inventeur génial de l'admirable méthode de l'exploration lipiodolée.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

27 *janvier*. — Mme Le Forestier. De l'indication opératoire dans les traumatismes cranio-cérébraux fermés. Valeur des signes de localisation neurologiques.

28 *janvier*. — Mme Williamson-Cassard. Contribution à l'étude des infarctus de l'utérus.

3 *février*. — M. Parisot. De la purification des sérums thérapeutiques. Essai de séparation des principes anaphylactisants du sérum sanguin. — M. Moulinier. Pompe à ruban sans fin permettant les transfusions semi-lentes de sang pur. Description, techniques d'emploi, suites opératoires.

4 *février*. — M. Armand. Le pavillon spécial des tuberculeuses des hôpitaux psychiatriques de la Seine. — M. Gillet. Vue sur les études médicales (aujourd'hui et demain). — M. Kerven. De quelques anémies. Aperçu sur la pathologie des prisonniers de guerre.

10 *février*. — M. Legrier. Les conditions hygiéniques des vacances pour les enfants. — Mlle Dewé. Le botulisme.

17 *février*. — M. Charbonnel-Duteil. Les débuts de l'électrothérapie en France. — M. Bachet. Etude des troubles causés par la dénutrition dans un asile d'aliénés.

THESES VETERINAIRES

20 *janvier*. — M. Rousselot. L'action pathogène de l'ultravirus aphteux chez l'homme. — M. Comyn. L'utilisation du sang des animaux de boucherie pour l'alimentation de l'homme.

3 *février*. — M. Duhamel. Contribution à l'étude de la non-délivrance et du renversement utérin chez les grandes femelles domestiques. Leur traitement par les ovules à la carboxy-sulfamido-chrysoïdine.

17 *février*. — M. Oudot. L'obstruction de l'œsophage chez le chien. Contribution à l'étude de son traitement.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

SÉANCE DU 8 FÉVRIER 1943

Sur l'arrêt respiratoire dans les accidents d'électrocution. — M. Léon BINET et Mlle Madeleine POUTONNET rapportent une étude analytique des accidents respiratoires déterminés par l'électrocution.

Après avoir éliminé par l'atropine l'action exercée par les pneumo-gastriques, ils font agir sur la tête de l'animal un courant électrique (110 volts, 50 périodes par seconde, l'intensité variant entre 1 et 2 ampères). Dans ces conditions, on note un arrêt respiratoire définitif et on enregistre une cyanose intense et bientôt la mort par asphyxie qui sera de deux à sept minutes après le début de l'électrocution.

Les auteurs montrent, dans de telles conditions, les bienfaits d'une oxygénation adéquate. Dans ce but, l'animal inspire directement de l'oxygène et expire à l'air libre dix minutes avant et pendant l'électrocution.

Si on fait agir le courant, l'apnée s'installe, le thorax s'immobilise en inspiration forcée et la mort n'a pas lieu ; une telle apnée peut être tolérée une heure. Si on coupe le courant, la respiration spontanée renaît, ample, puis rapide, et tout rentre dans l'ordre.

On note durant cette apnée, en milieu oxygéné, une augmentation de la réserve alcaline, une élévation du sucre sanguin, mais surtout la courbe de variation de la tension artérielle va présenter un intérêt capital. Après une phase d'hypertension initiale, on va enregistrer une hypotension progressive qui pourrait aboutir à la mort de l'animal, à moins qu'on ne pratique alors quelques épreuves d'insufflation pulmonaire, et cela simplement en exerçant quelques pressions rythmiques sur le couvercle du réservoir d'oxygène. Cette manœuvre semble lutter contre l'atelectasie pulmonaire qui s'installe dans un poumon soumis à l'inertie trop prolongée.

ACADEMIE DE MEDECINE

SÉANCE DU 9 MARS 1943

Notice nécrologique. M. HARTMANN lit une notice consacrée à M. FORGUE (de Montpellier).

Prophylaxie de la carie dentaire chez l'enfant. MM. DECHAUME et J. CAUHEPE (note présentée par M. LEREBOULLET). Malgré le déficit alimentaire et le défaut de brosses à dents et de dentifrices, le pourcentage des caries dentaires a diminué. Les auteurs attribuent cette amélioration à la disparition des sucreries, et, enfin, au régime actuel qui est nettement alcalin.

Les tumeurs mixtes de la parotide ne sont pas des cancers. M. CHEVASSU.

Pathogénie de l'hypertrophie de la prostate. M. Georges LUYS estime que l'adénome prostatique est la conséquence constante de l'infection chronique prolongée et atténuée, issue des vésicules séminales.

Election. MM. JEANNENEY (de Bordeaux), et SANTY (de Lyon) sont élus correspondants.

SÉANCE DU 16 MARS 1943

Notices nécrologiques. M. ROUSSY lit une notice consacrée à M. SABRAZÈS (de Bordeaux), associé national. M. MATHIEU retrace l'œuvre de M. TÉMOIN (de Bourges), associé national.

Le problème des colibacilles « pathogènes ». MM. A. BOIVIN et L. CORRE. Un même type colibacillaire peut jouer, selon les circonstances, le rôle d'un saprophyte banal ou celui d'un agent d'infection. A cause de l'extraordinaire multiplicité des types antigéniques de colibacilles, il paraît bien difficile que chaque malade puisse rencontrer, dans le stock vaccin ou dans le sérum qu'on vient à lui administrer, soit l'antigène, soit l'anticorps répondant au colibacille particulier qui l'infecte, et cela quel que soit le soin mis par les fabricants de sérums et de vaccins à utiliser de nombreuses souches.

La laryngectomie en trois temps ; procédé de sécurité ; ses résultats. M. Georges PORTMANN, à l'aide d'un film cinématographique en couleurs, précise sa technique pour l'ablation du larynx envahi par une tumeur maligne.

Afin d'éviter les complications pulmonaires post-opératoires, M. PORTMANN fait une trachéotomie préalable très basse, sussternale, permettant de laisser un pont de peau saine entre la plaie opératoire de la laryngectomie et l'orifice trachéal, par où respire le malade, et, dans un second temps, pratique cette laryngectomie en laissant ouverte la plaie pharyngée.

Le troisième temps est une opération plastique de fermeture de l'orifice pharyngé. Sur 51 opérés : 10 p. 100 de guérisons opératoires ; 56 p. 100 de guérisons du cancer.

Election. MM. CADÉAC (de Lyon), et MASSON (de Strasbourg) sont élus associés natioaux.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

SÉANCE DU 17 FÉVRIER 1943

A propos des opérations conservatrices gynécologiques. — M. ROUHIER rappelle la disposition des artères qui assurent la nutrition des ovaires et la technique qu'il emploie.

Tuberculose scléro-hypertrophique à double localisation cœcale et iléale compliquée de perforation en péritoine libre. — Large hémicolectomie. — Guérison. — M. BOUDREAUX. — M. BERGERET, rapporteur.

Deux observations d'ostéite tuberculeuse angulo-symphysaire du pubis. — M. CHATON.

A propos de 337 cas de hernies crurales ou inguinales étranglées. — Réflexions sur le traitement des gangrènes herniaires. — M. CHABRUT. — M. BROCQ rapporte cette statistique et souligne la gravité de la hernie crurale étranglée, dont la mortalité atteint 16 p. 100. Sur 21 entérectomies, on a noté 33 p. 100 de mort, tandis que l'extériorisation a donné 17 morts sur 20 cas. Si le malade survit à l'anus contre nature, il est exposé à de sérieux dangers au cours des interventions faites ultérieurement. La supériorité de l'entérectomie est telle qu'on doit étendre aussi loin que possible ses indications. L'anus contre nature paraît seulement logique en cas de phlegmon herniaire.

SÉANCE DU 24 FÉVRIER 1943

Invagination iléo-colique chez une femme de 73 ans liée à la présence d'une tumeur bénigne du grêle et d'un épithélioma du cœcum. — Hémicolectomie droite. — Guérison. — M. AUMONT. — M. SICARD, rapporteur.

A propos des méfaits d'un bouton utilisé pour une gastro-entéro-anastomose. — M. J.-J. HERBERT. — M. SEILLE rapporte une observation dans laquelle le malade fit une rétention du bouton, un ulcère peptique jéjunal, un étirement de la bouche anastomotique et une occlusion par incarcération des anses grêles derrière l'anse efférente allongée.

MM. SENÈQUE et BERGERET ont observé également des incarcérations.

A propos d'un cas d'infiltration stellaire au cours d'un trouble ischémique d'origine traumatique. — M. COURRIADÈS. — M. S. BLONDIN rapporte cette observation dans laquelle deux sutures de l'artère humérale furent couronnées de succès grâce, semble-t-il, à une infiltration du stellaire.

M. LERICHE s'élève contre l'abus des infiltrations du sympathique lorsque la blessure de la voie artérielle principale exige le sacrifice du membre.

Deux observations d'artériectomie comme traitement de la gangrène sénile des membres inférieurs. — M. COURRIADES. — M. S. BLONDIN désapprouve ce traitement de la gangrène sénile.

Traitement des adénopathies de l'épithélioma de la lèvre inférieure. — MM. BARBIER et DELARUE soulignent que, dans le tiers des cas, les métastases ganglionnaires sont entièrement latentes. Les auteurs ont adopté le principe du curage systématique prophylactique : en cas de cancer intéressant la muqueuse, il faut enlever non seulement les ganglions sous-maxillaires et sous-mentaux, mais également les chaînes jugulo-carotidiennes. L'évidement est fait en un seul temps.

M. ROUX-BERGER estime qu'en cas de récidive locale il faut enlever celle-ci chirurgicalement. En ce qui concerne les adénopathies, M. Roux-Berger se range à l'opinion de M. Barbier ; s'il s'agit d'un cancer bien limité à la lèvre, curage sous-maxillaire bilatéral ; si le cancer a atteint les parties voisines, évidement cervical très large ; en cas de repullulation labiale, il faut systématiquement faire un évidement au delà des zones déjà curées.

Sur les accidents dits toxiques consécutifs aux levées d'occlusion et de garrot. — M. Jean GOSSET rappelle qu'on ne peut mettre en évidence l'existence de substance toxique dans le sang du segment sous-jacent au garrot. Après levée du garrot, on observe expérimentalement et cliniquement un choc mortel. M. Gosset pense que le stockage du sang dans le membre garroté aboutit à une véritable saignée interne et déclenche l'apparition des accidents de collapsus.

L'auteur rappelle les accidents observés au cours de la levée de certaines occlusions et se demande si l'on ne peut invoquer ici un déséquilibre circulatoire. L'extériorisation des anses, les tractions exercées sur celles-ci, ne font qu'exagérer ce déséquilibre.

Du point de vue thérapeutique, l'auteur souligne le caractère dangereux de la rachi-anesthésie qui tend à augmenter la vasodilatation périphérique.

M. LERICHE montre que la chute de la tension artérielle est le signe clinique le plus patent après levée d'un garrot. Son mécanisme n'est peut-être pas univoque.

Pneumectomie totale pour dilatation des bronches. — MM. MAURER, ROLLAND, SAUVAGE et MATHEY. — Présentation du malade au 26e jour.

LOI n. 1073 du 31 décembre 1942 relative à la prophylaxie et à la lutte contre les maladies vénériennes.

Article premier. — On entend par maladie vénérienne, pour l'application de la présente loi : la syphilis, la gonococcie, la chancrelle et la maladie de Nicolas Favre.

Art. 2. — Toute personne atteinte d'accidents vénériens contagieux doit, obligatoirement, se faire examiner et traiter par un médecin jusqu'à la disparition de la contagiosité.

Art. 3. — Toute femme enceinte susceptible de transmettre héréditairement la syphilis soit directement, soit du fait d'une syphilis reconnue du procréateur, est astreinte à la même obligation.

Les conditions du présent article seront déterminées par décret.

Art. 4. — Tout médecin, lorsqu'il diagnostique ou traite une maladie vénérienne contagieuse, ou susceptible de le devenir, doit avertir le patient :

1° Du genre de maladie dont il est atteint ;

2° Des dangers de contamination qui résultent de cette maladie ;

3° Des devoirs que lui impose la présente loi, notamment l'article 2.

S'il s'agit d'un mineur ou de tout autre incapable, l'avertissement sera donné, au jugement du médecin, soit à l'intéressé, soit aux parents ou au tiers responsable.

Art. 5. — La déclaration des maladies vénériennes est obligatoire, et, suivant les cas précisés aux articles suivants, se fait sous forme de déclaration simple ou de déclaration nominale.

La déclaration simple comporte le diagnostic sans mention du nom du malade.

La déclaration nominale comporte à la fois le diagnostic et le nom du malade.

Ces déclarations sont faites à l'autorité sanitaire par le médecin, dans des conditions fixées par décret.

Art. 6. — Est obligatoire la déclaration simple de tout cas de maladie vénérienne en période contagieuse, qu'il s'agisse d'accidents diagnostiqués pour la première fois ou d'un cas de maladie vénérienne déjà déclaré par un autre médecin, ou, enfin, de la récidive contagieuse d'une maladie ayant déjà fait antérieurement l'objet d'une déclaration simple.

Art. 7. — La déclaration nominale des maladies vénériennes en période contagieuse est obligatoire lorsque :

1° Le malade se refuse à commencer ou à poursuivre le traitement ;

2° Le malade s'adonne à la prostitution.

En outre, le médecin devra effectuer cette déclaration nominale s'il estime que, par sa profession ou son genre de vie, le malade fait courir à un ou plusieurs tiers un risque grave de transmission de maladie vénérienne.

Toutes les fois que le médecin, qui fait la déclaration nominale, estime nécessaire l'hospitalisation d'urgence, prévue aux articles 10 et 11 de la présente loi, il doit le mentionner sur cette déclaration. L'hospitalisation est obligatoire pour les prostituées.

Art. 8. — Pour faciliter le dépistage et le traitement des agents de contamination, tout médecin, lorsqu'il diagnostique un nouveau cas de maladie vénérienne, doit s'efforcer d'obtenir du malade tous renseignements permettant de retrouver la personne contaminatrice et d'apprécier le danger qu'elle peut ou a pu faire courir à des tiers.

Si le médecin a pu examiner lui-même la personne présumée contaminatrice et s'il a pu l'amener à se faire traiter, il préviendra simplement l'autorité sanitaire que l'agent de contamination, qu'il ne nommera pas, a été dépisté et mis en traitement.

S'il ne peut l'examiner lui-même, ou si, l'ayant reconnue malade, il n'a pu l'amener à se faire traiter, il transmettra, dans les vingt-quatre heures, à l'autorité sanitaire, tous les renseignements nécessaires pour permettre à celle-ci de faire rechercher, examiner et traiter la personne suspectée ; le médecin est tenu, dans ce cas, de désigner nominativement la personne que le malade lui aura indiquée comme contaminatrice probable.

Art. 9. — Tout malade qui, en période contagieuse, se refuse à commencer ou à poursuivre le traitement, et dont le nom aura été signalé à l'autorité sanitaire par application du paragraphe 1er de l'article 7, recevra, de ladite autorité, un avertissement lui enjoignant d'avoir à se faire traiter immédiatement et régulièrement, et d'en faire la preuve.

Cette preuve sera fournie par la présentation de certificats médicaux à l'autorité sanitaire, et aux dates fixées par celle-ci.

Si le malade ne fournit pas cette preuve de traitement immédiat et régulier, il sera hospitalisé d'office, suivant les modalités prévues aux articles 11 et 12.

Art. 10. — Tout malade dont le nom aura été signalé à l'autorité sanitaire, par application du quatrième alinéa de l'article 7 ci-dessus, recevra, de ladite autorité, un avertissement lui enjoignant d'avoir immédiatement, et pendant la durée des accidents contagieux, à renoncer à l'exercice de sa profession ou au genre de vie qui ont motivé la déclaration nominale de la maladie vénérienne.

L'autorité sanitaire procédera à toute enquête qu'elle jugera utile aux fins de vérifier l'observance par le malade des injonctions reçues. En cas de non-observance, l'hospitalisation d'urgence sera provoquée suivant les modalités prévues aux articles 11 et 12.

Toutefois, à la demande du médecin, ladite hospitalisation d'urgence pourra être provoquée sans que l'autorité sanitaire ait à recourir à l'avertissement prévu au premier alinéa du présent article.

Art. 11. — L'hospitalisation d'urgence sera provoquée par l'autorité sanitaire pour toute personne dont le nom lui aura été déclaré par application du paragraphe 2 de l'article 7.

Art. 12. — Sous réserve de la réglementation en vigueur concernant la prostitution, toute personne hospitalisée d'office par application des articles 10, 11 et 12 de la présente loi entrera à son choix :

Soit à ses frais dans une clinique privée agréée par l'autorité sanitaire ;

Soit aux conditions habituelles dans un hôpital public.

Art. 13. — Toute personne signalée à l'autorité sanitaire par application de l'article 8 sera invitée, par ladite autorité, à présenter, dans un délai fixé, un certificat médical constatant qu'elle est indemne de tout accident vénérien contagieux.

Si la personne suspectée n'a pas présenté le certificat dans les délais impartis, l'autorité sanitaire devra prendre toutes mesures utiles en vue de la faire examiner par un des médecins agréés ou désignés par elle, ou pour la faire hospitaliser d'office.

Si l'autorité sanitaire estime qu'il y a contradiction flagrante entre le certificat fourni par la personne supposée contagieuse et les résultats de l'enquête épidémiologique, elle peut exiger un examen médical par un des médecins agréés ou choisis par elle.

Dans tous les cas où le diagnostic reste douteux, l'autorité sanitaire peut prescrire les examens complémentaires indispensables.

Art. 14. — Tout médecin qui aura négligé de donner au malade les avertissements prévus à l'article 4 sera passible d'une amende de 200 à 1.000 francs.

La même peine est applicable au médecin qui omet de faire les déclarations obligatoires prévues par les articles 5 et suivants.

Art. 15. — Aucune personne hospitalisée d'office en vertu de la présente loi ne pourra quitter l'hôpital ou la clinique, même pour la plus courte absence, qu'avec l'autorisation écrite du médecin chef de service.

Toute infraction aux dispositions du présent article sera passible d'une amende de 200 à 1.000 francs ou d'un emprisonnement de six jours à trois mois.

Art. 16. — Si l'autorité sanitaire juge indispensable de prolonger la surveillance médicale d'un malade hospitalisé d'office par application de la présente loi, elle pourra désigner le dispensaire, le service ou, à défaut, le médecin chargé de cette surveillance et qui aura à en préciser les modalités.

Faute de s'y soumettre, la personne incriminée sera passible d'une amende de 200 à 500 francs.

Art. 17. — Sera punie d'un emprisonnement de quinze jours à trois mois et d'une amende de 1.000 à 3 000 francs, ou de l'une de ces peines seulement :

1° Toute femme qui nourrit au sein un enfant autre que le sien alors qu'elle se sait atteinte de syphilis ;

2° Toute personne qui, sciemment, laisse nourrir au sein un enfant syphilitique dont elle a la garde sans avoir fait avertir la nourrice par un médecin de la maladie dont l'enfant est atteint et des précautions à prendre ;

3° Toute personne qui, sciemment, donne en nourrice un enfant syphilitique sans aviser les nourriciers de la maladie dont l'enfant est atteint ;

Art. 18. — Est punie d'une peine d'emprisonnement de huit jours à un mois, et d'une amende de 200 à 3.000 francs, ou d'une de ces peines seulement :

1° Toute nourrice qui nourrit un enfant autre que le sien sans être en possession d'un certificat médical délivré immédiatement avant le commencement de l'allaitement et attestant qu'elle ne présente aucun signe clinique ni sérologique de syphilis ;

2° Toute personne qui confie un enfant dont elle a la garde à un nourrice sans s'être assurée que la nourrice est en possession dudit certificat ;

3° Toute personne qui, en dehors des cas de force majeure, laisse nourrir par une autre personne que la mère l'enfant dont elle a la garde sans s'être assurée au préalable, par un certificat médical, qu'il n'existe aucun danger de contamination pour le nourrisson.

Art. 19. — La publication des comptes rendus des débats et des décisions de justice relatifs aux poursuites pénales exercées par application de la présente loi est interdite

sous peine d'une amende de 1.000 à 50.000 francs.

Toutefais, la disposition qui précède n'est pas applicable aux extraits de telles décisions publiées dans les journaux et périodiques spécialement destinés à recueillir la jurisprudence des tribunaux ou publiés sous une forme quelconque par les soins de l'autorité sanitaire, à la condition que lesdits extraits ne contiennent aucune mention de nature à révéler l'identité des parties en cause.

Art. 20. — Toute publicité de caractère commercial, sous quelque forme que ce soit, concernant ouvertement ou d'une manière déguisée la prophylaxie et le traitement des maladies vénériennes est interdite, sauf dans les publications exclusivement réservées au corps médical.

Toute infraction sera passible d'une amende de 1.000 à 20.000 francs.

Art. 21. — L'autorité sanitaire compétente pour recevoir les déclarations et prendre les mesures prévues par la présente loi est représentée dans chaque département soit par un médecin inspecteur ou un médecin inspecteur adjoint de la santé, soit par un docteur en médecine chargé d'un des services antivénériens du département, l'un ou l'autre désignés par le directeur régional de la santé et de l'assistance.

Art. 22. — Les modalités d'application de la présente loi seront fixées par décret.

Art. 23. — Sont abrogées toutes dispositions antérieures contraires à la présente loi.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Contre la pléthore

Le décret du 4 février 1943 publié dans la *Gazette des Hôpitaux* du 1er mars 1943 en exécution de la loi du 19 octobre 1942, qui impose un examen éliminatoire à la fin de la première année de doctorat — soit après deux années d'études — a soulevé une légitime émotion. Pour faire du neuf il ne faut pas verser dans l'arbitraire ; il est arbitraire de déclarer qu'après deux ans de travail tel étudiant est incapable de devenir médecin.

C'est là tout le problème de l'*orientation professionnelle* si souvent combattue icimême.

En tous cas les jeunes gens feront les frais des nouvelles mesures de discrimination, et les familles auront dépensé leur argent — or ou papier — en pure perte pendant trois ans. *L'Association Corporative des Etudiants en Médecine de Paris* ne pense pas que cela soit juste et elle a adopté, selon sa tradition, l'ordre du jour suivant :

« *L'Association Corporative des Etudiants en Médecine de Paris*, réunie en assemblée générale, le 25 février 1943, après avoir pris connaissance des divers projets concernant la limitation des étudiants en médecine, décide de demander aux pouvoirs publics :

a) L'*obligation* pour tous les aspirants au doctorat en médecine d'être titulaires de l'un des trois *baccalauréats classiques* A, B, C ;

b) Le *maintien* des études en vue de l'obtention du diplôme du *P. C. B.*, mais avec meilleure adaptation du programme à la préparation aux études médicales.

e) Le *maintien effectif de la 6e année* d'études médicales avec organisation du stage imposé aux étudiants de 6e année au titre de *stagiaire-résidant*, chacun d'eux étant affecté à un hôpital français du territoire. »

Cette décision a été prise pour opposer à des examens éliminatoires *en cours d'études* une conception judicieuse de la sélection et pour protéger en même temps les intérêts non négligeables des familles.

S'il est vrai que l'étude des sciences de base rebute les débutants comme l'aride P. C. B. refroidit le zèle de nombreux étudiants qui bifurquent alors vers d'autres disciplines ou reviennent dans leurs foyers, c'est une raison *de plus pour ne pas en diminuer* l'importance.

En présence des bacheliers souvent désorientés et dont l'adolescence s'est formée au contact des mystères du cinéma, il est temps pour la Faculté de Médecine d'exiger de ses élèves la culture classique comme l'avaient décidé trois ministres de l'Education nationale du gouvernement Pétain : MM. Ripert, Chevalier et Carcopino. L'enseignement du P.C.B. ou du futur A. P. M. complète la formation intellectuelle, mais n'en constitue pas le fond ; le fond c'est l'étude des œuvres de la pensée humaine à travers les âges, les *humanités*, l'histoire des civilisations successives, les mathématiques, les langues étrangères et, audessus de cet édifice, la philosophie.

Nous insistons parce que trop d'étudiants ne respectant ni syntaxe, ni orthographe, se rient de l'*étymologie, science dérivée de la philologie* qui, en suivant l'évolution des mots depuis l'antiquité, permet de relier la pensée des savants à travers le défilé des âges. Un entretien sur ce sujet avec des philologues tels que Suran et Fedel réduit à néant les sophismes de nos contradicteurs. Un homme incapable d'exprimer clairement sa pensée est un danger pour les malades : il doit être écarté. Pour mettre fin à ce mauvais recrutement, le professeur Marfan avait proposé qu'une dictée éliminatoire fût imposée à tout candidat à la première inscription de médecine. Imposée cette dictée aurait arrêté 20 % des amateurs. Ce vœu est à retenir d'autant plus que les nouveaux *collèges modernes*, résultant de la transformation de l'*Enseignement primaire supérieur*, vont créer un effectif supplémentaire de *bacheliers modernes*. Ces bacheliers aggraveront la pléthore.

Quant à la 6e *année* d'études, année d'application destinée au développement de la notion de responsabilité en face du malade dont l'étudiant aura la charge, il est élémentaire d'en exiger le maintien.

Nous croyons que les nouveaux maîtres de la corporation médicale nous entendront.

Maurice Mordagne.

Ordre des médecins

Election des membres. — Un arrêté en date du 4 mars (J. O., 5 mars 1943), fixe le nombre des membres titulaires des collèges départementaux :

1° Dix-huit membres (Seine) ;

2° Douze membres (Alpes-Maritimes, Bouches-du-Rhône, Haute-Garonne, Gironde, Nord, Rhône et Seine-et-Oise) ;

3° Neuf membres pour les départements autres que ceux du paragraphe ci-dessous.

4° Six membres (Basses-Alpes, Hautes-Alpes, Ardèche, Ardennes, Ariège, Aube, Cantal, Cher, Corrèze, Corse, Creuse, Doubs, Eure-et-Loir, Gers, Jura, Loir-et-Cher, Haute-Loire, Lot, Lozère, Haute-Marne, Mayenne, Meuse, Nièvre, Haute-Saône, Tarn-et-Garonne, territoire de Belfort).

Le département de la Seine est divisé en trois sections :

La première : les 5e, 6e, 7e, 13e, 14e, 15e et 16e arrondissements ;

La deuxième : les 1er, 2e, 3e, 4e, 8e, 9e, 10e, 11e, 12e, 17e, 18e, 19e, 20e arrondissements de Paris ;

La troisième : toutes les communes du département, autres que la ville de Paris.

Le nombre des membres suppléants est fixé à trois, pour chacun des départements autres que la Seine et le territoire de Belfort. Dans ce dernier il sera désigné un suppléant. Chacune des sections du département de la Seine désignera trois suppléants.

Un deuxième arrêté en date du 4 mars 1943 dispose que le dépouillement du scrutin aura lieu au siège du conseil départemental, le jeudi 8 avril, à 17 heures.

Les bulletins de vote seront adressés par correspondance pendant la quinzaine précédant le dépouillement.

ORDRE DES MEDECINS

Le Conseil Départemental de la Seine de l'Ordre des Médecins est prié de pressentir des médecins volontaires puor soigner les ouvriers français en Allemagne.

Pour tous renseignements et précisions, les confrères sont priés de s'adresser au Secrétariat du Conseil de l'Ordre des Médecins, 242, boulevard Saint-Germain, Paris (7e).

Le Conseil Départemental de la Seine de l'Ordre des Médecins prie les confrères du département de bien vouloir s'acquitter de leur cotisation 1943, dont le montant reste fixé à 300 francs.

Après le 1er mai 1943, une quittance majorée des frais d'encaissement (10 francs) sera présentée à domicile.

Le Conseil de l'Ordre.

LIVRES NOUVEAUX

Les Complications médicales de la Cholécystectomie, par M. Chiray, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, Guy Albot, médecin des Hôpitaux de Paris, et G. Bonnet, de Vichy. Un volume de 170 pages, avec 9 figures. Prix : 65 francs. Masson et Cie, éditeurs.

Régimes, Vitamines et Equilibre alimentaire (Vers une thérapeutique nouvelle), par Lucie Randoin, directeur du Laboratoire de Physiologie de la Nutrition à l'Ecole des Hautes Etudes, directeur de l'Institut supérieur de l'Alimentation, et Alfred Rossier, ancien interne des Hôpitaux de Paris, chef de clinique à la Faculté de Médecine, chargé de cours à l'Institut supérieur de l'Alimentation. 1942. Un volume in-8° de 72 pages. Prix : 32 francs. — J.-B. Baillière et Fils, éditeurs.

NÉCROLOGIE

Henri BOUQUET

Après une longue maladie, supportée stoïquement, notre confrère et ami le docteur **Henri Bouquet** s'est éteint le 1er mars, presque au moment où nous rendions compte, ici-même, de son dernier livre : **Les maladies de la disette.**

Dès la fin de ses études médicales, Henri Bouquet avait été attiré par le journalisme. Par sa haute culture et sa vaste érudition il n'avait pas tardé à s'imposer. On sait combien fut brillante sa longue collaboration au **Temps** et au **Monde Médical.** Bouquet écrivit aussi de nombreux articles sur l'histoire de la médecine, notamment dans le **Progrès Médical.** On lui doit encore une importante contribution aux **Publications Larousse** et enfin un très grand nombre d'ouvrages médicaux, tous d'une haute valeur.

L'aménité et la droiture de Bouquet lui avaient valu l'amitié et l'estime de tous ses confrères de la presse scientifique et de la presse médicale. Il avait été choisi par eux comme président de la **Presse de l'Institut et des Sociétés Savantes.** C'était certainement parmi ses nombreux titres celui auquel il tenait le plus.

Très tristement, nous prions Mme Henri Bouquet et ses enfants d'agréer l'expression de notre bien douloureuse sympathie.

F. L. S.

— On nous annonce la mort, survenue à Montpellier, à l'âge de 88 ans, de Mme **Hamelin,** veuve du regretté professeur Hamelin. Elle était la belle-mère du professeur Louis Rimbaud et la grand'mère du professeur agrégé, Pierre Rimbaud.

Nous prions Mme Louis Rimbaud et les professeurs Louis et Pierre Rimbaud de trouver ici l'expression de nos condoléances émues.

F. L. S.

— Le docteur **Guglielminetti,** à qui l'on doit les routes sans poussière, vient de mourir à Genève, à l'âge de 80 ans. Il avait fait ses études à Berne. Devenu docteur, il avait contracté un engagement comme médecin dans l'armée néerlandaise. Puis, après avoir séjourné à Sumatra, il était resté aux Indes Néerlandaises au service de la Royal Dutch. Revenu en Europe, Guglielminetti se fixa à Monte-Carlo. C'est là qu'il eut l'idée, vers 1902, d'utiliser le goudron pour lutter contre la poussière des routes. On connaît le succès de sa méthode — on connaît aussi les méfaits dont on accuse le goudron, tant au point de vue de l'agriculture qu'au point de vue de la genèse du cancer.

Guglielminetti était très populaire dans les milieux sportifs, grâce à son bonhomie et à sa cordiale simplicité ; il n'était pas moins estimé de ses confrères.

— Nous avons appris enfin avec regret la mort, survenue à Paris, du docteur **Albert Vandremer,** directeur à l'Ecole des Hautes Etudes. C'était un chercheur, dont les travaux en bactériologie sont bien connus, c'était un aimable confrère dont nous garderons un souvenir ému.

INFORMATIONS
(suite)

NOUVELLES DIVERSES

La sauvegarde de la race lors des mariages (conférence organisée par la Société Médico-Chirurgicale des hôpitaux libres). — A propos de la nouvelle loi qui rend obligatoire l'examen médical avant le mariage, le docteur Georges d'Heucqueville a montré comment évaluer pour chaque couple « l'espérance pré-nuptiale », c'est-à-dire la proportion d'enfants sains qu'il pourra mettre au monde, et comment redresser les tares et dégénérescences héréditaires.

Le Comité Sanitaire de la région parisienne a élu, le 2 mars 1943 : président d'honneur, Dr Boelle ; président, Dr Veloppe ; secrétaire général, Dr Houdinière ; secrétaire général adjoint, Dr Dournel ; trésorier, Dr Bongrand ; président section médecine, Dr M. Delort ; président section vétérinaire, Dr Brevot ; président section dentiste, Dr Renard Dannin ; président section pharmacie, M. Alexandre ; président section architecte, M. Dervaux ; délégué à la propagande, Dr M. Delort.

Mutuelle d'assurances des médecins français. — En raison du rétablissement de l'envoi des lettres dans toute la France, la Mutuelle d'assurances des médecins français invite les médecins de l'ancienne zone occupée à adresser directement toute leur correspondance au siège social de la Société, 1, rue Paul-de-Salvandy, à Brive (Corrèze). Une permanence continuera à être ouverte à Paris, 60, boulevard de Latour-Maubourg.

Les Laboratoires Paul Métadier, à Tours, attribuent un prix de dix mille francs à la meilleure thèse de pharmacie sur les maladies des végétaux cultivés et leur traitement, question vitale pour notre ravitaillement.

En effet la phytopharmacie, cette branche de la pharmacie qui traite des maladies des végétaux, permet d'augmenter considérablement nos récoltes. Elle a donc une grande place à prendre dans l'organisation de l'agriculture nationale.

COURS

Clinique thérapeutique chirurgicale. Hôpital de Vaugirard (Professeur J. Sénèque). — M. Ameline fera les dimanches 21 et 28 mars, 4 et 11 avril, à 10 h. 30, une leçon de « tactique opératoire en chirurgie d'urgence ».

Chaire d'hydrologie. — M. le professeur Chiray commencera ses cours le 4 mai, à 10 heures, à la Clinique thérapeutique chirurgicale de Vaugirard, 389, rue de Vaugirard (15e).

Chaire d'hydrologie thérapeutique et climatologie (M. Chiray, professeur). — M. Justin-Besançon commencera ses conférences le lundi 3 mai, à 11 heures, à la Clinique médicale propédeutique de l'Hôpital Broussais (Professeur Villaret), et les continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure.

Le directeur-gérant : Dr François Le Sourd — Autorisation 83 — I. P., 16, rue du Croissant, E. Delion, imp.

N° 8. — 10 AVRIL 1943 116e ANNEE Ce numéro : 2 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT. — Un an : France et Colonies, 75 fr. Etudiants, 40 fr. ; Etranger : 1re zone, 110 fr., 2e zone, 125 fr. Chèques postaux : Paris 2538-76

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

POUR NOS ABONNÉS DE LA ZONE NON OCCUPÉE, adresser renouvellements et toutes communications aux Messageries Hachette, 12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône) Chèques postaux : Lyon 218 (Service Gazette des Hôpitaux)

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris

Un concours pour une place d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Paris, s'ouvrira le 3 mai 1943. Inscriptions du 6 au 14 avril, de 15 à 17 heures (samedis, dimanches et fêtes exceptés) à l'administration centrale, bureau du service de Santé, 3, avenue Victoria.

Concours pour quatre places d'attaché d'électroradiologie (mars 1943). — Le concours s'est terminé par le classement suivant : 1 Mlle Marquis ; 2 M. Chambonnet ; 3 M. Boudaghian ; 4 M. Aubert ; 5 M. Kritter.

Concours pour huit places d'assistant d'électroradiologie et trois places d'électroradiologiste. — Le premier concours s'ouvrira le 6 mai (inscriptions du 5 au 14 avril). Les concours d'électroradiologistes seront ouverts successivement à l'issue du concours d'assistant.

Concours d'assistant en obstétrique. — Jury : MM. Ecalle, Desnoyers, Dignonnet, Ravina, Chirié, Le Lorier, Vignes, accoucheurs ; H. Bénard, médecin ; Mathieu, chirurgien.

Concours de médecin chef de sanatorium. — Classement général : 1 M. Brandy ; 2 M. Braillon ; 3 M. Durel ; 4 M. Ronce ; 5 M. Pellion ; 6 M. Baussan.

Concours de l'internat

Liste des internes (voir Gaz. Hôp. numéro 6, 10 mars 1943)

Liste des externes en premier

1 Périer ; Rainaut ; Aurousseau ; Arnaud ; Gaulard ; Pichon ; Lafourcade ; Spriet ; Dubois ; Léger.

11 Rousseau ; Benezech ; Blondé ; Chevillotte ; Pichot ; Rathery ; Benoît, Fourdinier ; Piérart ; Lamy.

21 Nebout ; Denis ; Poulet ; Delater ; Canivet ; Galey ; Desvignes ; Sarrazin ; Lallemant ; Maigne.

31 Adam ; Mlle Bourgeois ; Guy ; Forgeois ; Forest ; Mlle Savaton ; Mouzon ; Satge ; Barbet ; Cambessedes.

41 Canlorbe ; Richard ; Lallemand ; Poirier ; Leddet ; Chevrolle ; Loubry , Lacourbe ; Faurel ; Cœuilliez.

51 Guéraud ; Hartmann ; Nalpas ; Dessertenne ; Sors ; Burgot ; Carraud ; Picard ; Mlle Garnier ; Mlle Aitoff.

61 Perraudin ; Guinard ; Cazes ; Mouret ; Alison ; Zadikian ; Mazars ; Mlle Larmoyer ; Georges ; Hourtoulle.

71 Habas ; Hans ; Woimant ; Sirot ; Delagarde ; Martin.

Concours de l'externat

Liste, par ordre de mérite, des candidats reçus.

1 Lamare ; Isch ; Gaujard ; Estève ; Grivaux ; Uro ; Charles ; Dandèlot ; Caramanian ; Passelecq ; Lapresle ; Rivron ; Nezeloff ; Viveret ; Tabernat ; Pelbois ; Coquard ; Brillard, Vallin ; Bedouelle.

21 Mlle Claesen ; Lécuyer ; Giffard ; Thuau ; Deschênes ; Servier ; Mlle Gabalda ; Têtu ; Potier ; Oudin ; Mlle Bernard ; Herlement ; Lernout ; Menut ; Régent ; Mlle Labesse ; Sedillot ; Pette ; Martinat ; Revil.

41 Herman ; Roux ; Legros ; Morel ; Thierry ; Wronecki ; Ducrouet ; Chabrol ; Landréat ; Mlle Henrion ; Pausini ; Peguet ; Maschas ; Wallut ; Mlle Juvin ; Nedelec ; Sylvestre ; Dambrine ; Jeanbourquin ; Carette.

61 Magnier ; Andreani ; Hillion ; Gras ; Roux ; Bensoussan ; Rouam Sim ; Ruaud ; Mochot ; Mlle Dubuisson ; Duroselle ; Forès ; Tinal ; Malinas ; Lecoin ; Duricu ; Bonnet ; Goulon ; Girard ; Mlle Segard.

81 Vernant ; Fortin ; Raugel ; Montagnon ; Lebrun ; Malizard ; Mlle Plisson ; Breuillard ; Degeorges ; Guilmet ; Mourin ; Texier ; Perreux ; Julien ; Le Guyader ; Mlle Hel ; Maroger ; Vallée ; Poilpre ; Fraisseix.

101 Hue ; Saloff ; Detrie ; Schipman ; Mlle Herman ; Héraud ; Gourio ; Binet ; Boutry ; Pinchon ; Pradel ; Balzanoff ; Mlle Métivier ; Besse ; Guillet ; Charritte, Lefebvre ; Mlle Doucin ; David ; Moraillon.

121 Harel ; Beau ; Frauscher ; Lartizien ; Mireur ; Mathieu ; Camous ; Raulline ; Verlet ; Guillet ; Samson ; Roussel ; Moreau ; Dhermy ; Clément ; Gaufroy ; Cresciucci ; Bouchard ; Gauthier ; Dapoigny.

141 Culioli ; Lambert ; Fockeu ; Lau ; Beaugrand ; Basset ; Hardouin ; Touche ; Deschamps ; Lévêque ; Mlle Lascoux ; Arguillère ; Mlle Vassallo ; Lesage ; Mlle Casau ; Romanet ; Raclot ; Hoppeler ; Chapuis ; Mlle Desbordes.

161 Bernard ; Serra ; Samson ; Restellini ; Mlle Delayre ; Canel ; Cohen ; Scali ; Boissier ; Lainé ; Mlle Touraut ; Mme Homualk ; Thomas ; Burkel ; Sériès ; Mlle Gernigon ; Mlle Bec ; Girard ; Caron ; Gatineau ; Anglade.

181 Troissier ; Janny ; Fritel ; George ; Mlle Ranson ; Mlle Barbie ; Mlle Rasse ; Nigoux ; Luquet ; Periat ; Mlle Savariaud ; Dousset ; Tinel ; Bousquet ; Mlle Crochu ; Cavigneaux ; Cellerier ; Reberteau ; Poizot ; Frezal.

201 Castaing ; Hovasse ; Drouet ; Godin ; Villain ; Crépin ; Soulier ; Orcel ; Renard ; Fleury ; Hardy ; Mlle Berneri ; Parizi ; Goutet ; Mlle Lepoivre ; Deltheil ; Hamoniaux ; Magne ; Mlle Touchon ; Chatain.

221 Claque ; Pironneau ; Lausecker ; Coudeyras ; Sebaux ; Vanderpooten ; Miault ; Malvy ; Lenormand ; May ; Couteaux ; Treboute ; Vidal ; Meron ; Dufour ; Chamaillard ; Laurent ; Martin ; Clavel ; Archambault.

241 Cordier ; Préau ; Hazard ; Lassablière ; Plessier ; Goursolas ; Aubertin ; Picard ; Dollfus ; Guilloux ; Masse ; Monlibert ; Lemercier ; Piaux ; Calendrier ; Le Goff ; Mlle Issarte ; Mlle Castelli ; Quenu ; Bernier.

261 Petit ; Garlopeau ; Lévé ; Bara ; Chedorge ; d'Halluin ; Fieux ; Niquet ; Bonnenfant ; Martinetti ; Vilain ; Perret ; Eon ; Lecointre ; Jacquemart ; Mlle Fauvarque ; Margo ; Mlle Duboys ; May ; Pean.

281 Mlle Perrin ; Mlle Le Guen ; Mlle Pinard ; Lange ; Mlle Van ; Chevalley ; Economos ; Leboulanger ; Morvant ; Julia ; Foucaud ; Eschbach ; Mlle Dioudonnat ; Collin ; Mlle Bouveau ; Leray ; Louchart ; Tuloup ; Tomatis ; Mlle Belleville.

301 Letessier ; Daunay ; Mlle Dagonet ; Richer ; Guyot ; Lecasble ; Michard ; Gohebel ; Briens ; Jabouille ; Pierquin ; Mme Valadier ; Katz ; Levasseur ; Wattebled ; Mlle Mallet ; Maurin ; Cournot ; Pisani ; Reitz.

321 Barety ; Jouve ; Ducret ; Gueguen ; Lesieur ; Djindjian ; Heyblom ; Lecomte ; Buffetaut ; Eloy ; Benard ; Pebrier ; Baron ; Beucher ; Civatte ; Aldighieri ; Chevance ; Bardon ; Nivault ; Mlle Bordeaux des Barres.

341 Thuot ; Ramade ; Briant ; Bonnet ; Held ; Tronc ; Bourgeois ; Le Rolland ; Mlle Leclerc ; Mlle Riou ; Mlle Grall : Arnaud ; Bourgeois-Gavardin ; Dionis du Séjour ; Grigaut ; Bardioux ; Goujon ; Bardieux ; Hebert ; Mlle Petin.

361 Vernes ; Chalmet ; Mlle Jacquemin ; Aubertin ; François ; Faugeron ; Lees ; Boulenger ; Foglierini ; Goldschmidt ; Millet ; Marguerite ; Nenfi ; Berthelin ; Flandre ; Madier ; Hellouin de Menibus ; Mage ; Mlle Bourget ; Luizy.

381 Guegan ; Oléon ; Grégoire ; Grégoire ; Gérard-Marchant ; Toulorge ; Delaborde ; Hautefeuille ; Schaad ; Colvez ; Vernier ; Clément ;

Fleuriot; Sourdille; Claude; Lo Jacono; Brillault; Lelièvre; Faivre; Chatonet.
401 Petit; Dufourmentel; Mlle Albert; Ziegler; Bidaut; Gillot; Saldes; Houde; Brodin; Bursaux; Mlle Mettetal; Fandre; Scalbert; Renouvin; Foing; Baufle; Delmas; Moulin; Borst; Casati.
421 Mlle Bernard; Sans; Giraud; Bocquin; Mainguet; Mlle Solier; Mlle Chapu; Ravous; Durufle; Mlle Babay; Mlle Plaisance; Vaquier; Legoute; Delonca; Alluaume; Crusson; Dazelle; Mlle Duran; Roussel; Pipet.
441 Dosne; Doinet; Folgoas; Pichon; Mlle Tancrède; Traineau; Mlle Fouchier; Caron; Guery; Guignon; Cordier; Chardon; Gresland; Jaffres; Blatrix; Guillermet; Poubel dit Broyelle; Denis; Bouttier, Barcelo.
461 Mlle Reynier; Milanolo; Pot; Dugourd; Matalon; Pillet; Cauvin; Lemasson; Mlle Schwab; Harle; Bliard; Mlle Deblaye; Mlle Genin; Mlle Buzot; Marie; Bernard; Besson; Faure; Foissaud; L'Henoret.
481 Vallois; Michelin; Dubois; Rodas; Mlle Courtois; Villey-Desmeserets; Bremond; Lutier; Fery; Mlle Miriel; Desauge; Roux; Mlle Werckle; Gaillemin; Chantrenne; Mlle Le Goff; Rougerie; Avrillon; Mlle Paris; Breynaert.
501 Escoffier; Mlle Boutin; Monegier du Sorbier; Mlle Regniault; Ribera; Barbier; Saulay; Daupleix; Aubert; Le Goff; Marie; Gaultier; Lyonnet; Trousset, Hugodot; Guenon; Mlle Colomès; Lainé; Sourdat; Descourtis.
521 Fourment; Malapert; Fabre; Denis; Mlle Renaud; Lefèvre; Certin; Michel; Salmon; Dupuis; Michelin; Fredou; Bramat; Margulès; Peyton; Jouveau-Dubreuil; Guillaumin; Gaudin.

Direction régionale de la santé et de l'assistance. Un concours pour la nomination aux places d'internes en médecine vacantes le 15 juillet dans les hôpitaux communaux (I. Neuilly, Saint-Denis, Versailles, Saint-Germain-en-Laye, Argenteuil, Eaubonne, Montfermeil, Villeneuve-Saint-Georges. II. Corbeil, Etampes, Mantes, Pontoise, Rambouillet, Melun, Meaux), s'ouvrira le 10 mai, 3, avenue Victoria, à Paris. Inscriptions du 5 au 24 avril inclusivement, à l'administration centrale, 3, avenue Victoria, bureau du service de Santé (escalier A, 2e étage), tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 13 à 17 heures. Renseignements à la Direction régionale, 1, avenue Victoria, 3e étage, de 16 à 17 heures.

Préfecture de police. — Le concours de l'internat en médecine de la **Maison de Saint-Lazare** s'est terminé par les nominations suivantes : internes titulaires : M. Guillemin, Mme Leroy, M. Peiffert ; internes provisoires : MM. Leroy, Bureau et Guibert.

Hôpitaux de province

Hôpitaux de Bordeaux: — M. le Dr Louis Servantie, biologiste adjoint des hôpitaux, a été nommé titulaire et chargé du laboratoire de l'hôpital Saint-André.

M. le Dr de Grailly, médecin adjoint à l'hôpital Saint-André, a été nommé médecin titulaire et chargé du pavillon des vieillards à l'hospice général de Pellegrin.

Faculté de médecine de Paris

Sont promus à la classe exceptionnelle à dater du 1-10-43, MM. les professeurs Guillain et Lœper.

Le concours du prosectorat s'ouvrira le 6 mai 1943. Inscriptions jusqu'au 23 avril inclusivement.

Le concours de l'adjuvat s'ouvrira le 5 mai 1943. Inscriptions jusqu'au 22 avril 1943 inclusivement.

Examens de fin d'année 1943 (3e année). — **Pathologie expérimentale**: affichage, 22 mai; oral, 26 mai. — **Parasitologie**: affichage, 13 mai; pratique, 17 mai; oral, 17 mai. — **Anatomie pathologique**: affichage, 24 juin; pratique, 28 juin; oral, 29 juin.

(4e année). **Accouchements**: affichage, 4 mai; oral, 17 mai. — **Pharmacologie**: affichage, 4 mai; pratique, 17 mai; écrit, 8, 10 et 11 mai; oral, 17 mai. — **Médecine opératoire**: affichage, 1er avril; pratique, 5 avril. — **Pathologie chirurgicale**: affichage, 3 juin; oral, 7 juin. — **Pathologie médicale**: affichage, 3 juin; oral, 7 juin.

(5e année). — **Hygiène**: affichage, 27 mai; oral, 31 mai. — **Médecine légale**: affichage, 1er mai; oral, 5 mai. — N. B.: L'épreuve de pharmacologie avec la 4e année.

Facultés de médecine de province

Faculté de Nancy. — La chaire de pathologie chirurgicale (dernier titulaire : M. Barthélemy), est déclarée vacante.

Légion d'honneur

Guerre. — Officier : Dr Chatelin, ancien médecin aide-major de 1re classe (J. O., 28 mars 1943).

Chevalier à titre posthume : le médecin lieutenant Saune (77e rég. régional), a été cité.

Chevalier : le médecin lieutenant Lévy (12e rég. étranger d'infanterie), croix de guerre avec palme.

Santé. — Chevalier : M. le Dr Gérard, chef de service à l'hôpital Bichat, à Paris. Quarante-deux années de pratique médicale, dont trente-trois consacrées à la radiologie. Eminent curiethérapeute, a donné, au cours de sa longue carrière, de constantes preuves de dévouement à la cause scientifique et d'abnégation élevée. Se trouve actuellement très gravement atteint de radiodermite. (J. O., 19 mars 1943).

Santé publique

Le recrutement des conseils de la profession dentaire. — Une loi no 143 du 17 mars 1943, publiée au J. O. du 25 mars, est relative au recrutement des conseils professionnels des praticiens de la profession dentaire et à l'organisation provisoire de ces conseils.

La loi prévoit que l'élection des conseils départementaux des praticiens de la profession dentaire aura lieu dans les neuf mois qui suivront la publication du règlement d'administration publique relatif aux élections des conseils départementaux de médecins. Pendant la période qui s'écoulera entre l'installation des collèges départementaux de médecins et celle des collèges départementaux des praticiens de la profession dentaire, les sections dentaires des conseils départementaux de l'ordre des médecins, exerceront les fonctions dévolues aux collèges départementaux des praticiens de la profession dentaire. La loi prévoit aussi des mesures transitoires.

Commission permanente des stations hydrominérales et climatiques. — M. le Dr P.-N. Deschamps, médecin à Royat, est nommé membre de la commission permanente, en remplacement de M. le Dr Richard, démissionnaire.

Travail

La prévention de l'intoxication benzolique. — Le J. O. du 28 mars 1943 publie un arrêté concernant les visites médicales effectuées en vertu de l'article 3 du décret du 16 octobre 1943. Cet arrêté contient des recommandations relatives à la prophylaxie, aux signes cliniques, hématologiques et urinaires du benzolisme.

Journées gynécologiques de Paris. — Des journées gynécologiques organisées par la Société française de Gynécologie auront lieu à Paris, les 26 et 27 juin.

Pour tous renseignements et inscriptions s'adresser à M. le Dr Maurice Fabre, secrétaire général, 1, rue Jules-Lefebvre.

Cours

Travaux pratiques de médecine opératoire spéciale. — Chirurgie urinaire, sous la direction du Dr Bernard Fey, avec la collaboration de MM. L. Michon et R. Couvelaire, par Lortat-Jacob et Verne, prosecteurs. Le cours s'ouvrira le 21 juin 1943, à 14 heures.

Faculté de Médecine de Paris. — Travaux pratiques d'anatomie (Série supplémentaire). — Une série supplémentaire de travaux pratiques d'anatomie a commencé le **lundi 15 mars 1943.** Cette série est réservée aux étudiants, qui voudraient compléter leurs connaissances anatomiques, ou à ceux dont les travaux pratiques n'ont pas été validés à la série normale pour une cause quelconque. Droit d'inscription : 300 francs. Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté (guichet 4) tous les matins, de 10 heures à midi, et tous les lundis, mercredis et vendredis, de 14 heures à 16 heures. Les étudiants, qui n'ont pas eu leurs travaux pratiques validés, par suite de leur démobilisation trop tardive, seront inscrits gratuitement.

Cours. — Hôpital Broussais-La-Charité. — A partir du lundi 8 mars 1943, et les samedis et lundis suivants, MM. L. Justin-Besançon et René Cachera, agrégés, feront, à l'amphithéâtre Laennec, de la clinique médicale propédeutique de l'hôpital Broussais-La Charité, le matin à **10 h. 30**, une série de conférences consacrées à des **sujets actuels de clinique biologique** :

1. — Lundi 8 mars, **M. L. Justin-Besançon** : Les œdèmes de carence (étude clinique et biologique) ; 2. — Samedi 13 mars, **M. René Cachera** : La répartition et les mouvements de l'eau dans l'organisme ; 3. — Lundi 15 mars, **M. L. Justin-Besançon** : Le collapsus vasculaire ; 4. — Samedi 20 mars, **M. René Cachera** : Les vertiges et les troubles de la répartition hydrique ; 5. — Lundi 22 mars, **M. L. Justin-Besançon** : Les formes cliniques des avitaminoses nicotiniques ; 6. — samedi 27 mars, **M. René Cachera** : La forme œdémateuse de l'insuffisance cellulaire du foie ; 7. — Lundi 29 mars, **M. L. Justin-Besançon** : Le diagnostic de l'avitaminose ; 8. — Samedi 3 avril, **M. René Cachera** : Les stases partales ; 9. — Lundi 5 avril, **M. L. Justin-Besançon** : Les ostéopathies de famine ; 10. — Samedi 10 avril, **M. René Cachera** : Maladie d'Addison. — Données biologiques et thérapeutiques récentes ; 11. — Lundi 12 avril, **M. L. Justin-Besançon** : Les embolies et leur retentissement neuro-végétatif ; 12. — Samedi 17 avril, **M. René Cachera** : Le scorbut.



L'intoxication par le Redoul

(*Coriaria myrtifolia*)

Par L. Rimbaud, H. Serre et P. Passouant (Montpellier)

Nous avons observé cet été trois cas d'intoxication par le redoul, qui se sont caractérisés par l'apparition de crises convulsives. le Dr Giralt, de Saint-Laurent-de-Cerdans, nous a fait part de deux autres cas à symptomalogie semblabe, dont un s'est terminé par la mort. Aussi nous paraît-il intéressant de reprendre une étude de cette intoxication.

On désigne communément, sous le nom de redoul, redoux ou roudou, une plante de la famille des coriariées : le *coriaria myrtifolia*. Cette plante est assez répandue dans nos contrées méridionales et particulièrement sur le bord des rivières. Les feuilles sont opposées, lancéolées et munies d'un pétiole très court. Elles ont une saveur astringente très marquée, Les fruits, à leur maturité, se séparent en cinq carpelles monospermes et ont l'apparence d'une baie noire ; leur goût, aigrelet d'abord, est doux à la maturité.

La plante est toxique par ses fruits et par ses feuilles. Nous n'avons observé que des cas d'intoxication par les baies.

Si les propriétés toxiques du redoul étaient bien connues au XIXe siècle, il existe, en France, un véritable hiatus concernant l'histoire de cette intoxication. On ne trouve, en effet, de 1860 à nos jours, aucune étude de cette question, si ce n'est la relation de quelques cas isolés d'intoxication. Par contre, au Japon, aux Etats-Unis, certains auteurs ont étudié depuis quelques années les caractères toxiques des coriariées. On ne retrouve pas toujours dans ces travaux étrangers l'écho des recherches françaises. Ainsi Miyachi paraît ignorer la thèse remarquable de Riban consacrée à l'individualisation de la coriamyrtine, principe actif du coriaria myrtifolia.

C'est Sauvages de la Croix qui relate le premier les propriétés toxiques du redoul. Dans un mémoire intitulé : *Recherches sur quelques plantes vénéneuses* (1739), il décrit deux cas d'empoisonnement par cette plante. Un enfant de dix ans, après avoir absorbé des baies de redoul, présente des crises épileptiformes très violentes, et meurt. Un travailleur de terre a des attaques d'épilepsie et succombe après absorption de quinze baies de redoul.

Pujade, médecin de l'armée d'Espagne, rapporte, en 1811, plusieurs cas d'empoisonnement par le redoul. Ces cas se caractérisent par un état d'insensibilité, des réponses incohérentes, une langue sèche et de vives douleurs abdominales. Les crises épileptiformes ne sont pas signalées.

Roux (Montauban), Gastan et Grynfelt insistent sur la fréquence des manifestations épileptiformes.

L'empoisonnement par les feuilles a été signalé plusieurs fois. Le point de départ en a été la falsification du séné par les feuilles de redoul. Des accidents graves d'intoxication se sont produits sous le type d'accidents épileptiformes. De même l'ingestion d'escargots nourris de feuilles de redoul a pu entraîner des accidents du même ordre dont certains se sont terminés par la mort.

Riban, dans le laboratoire de Bechamp à Montpellier, isole, en 1862, le principe actif du redoul, un glucoside, auquel il donne le nom de coriamyrtine. Il réalise, avec cette substance, une expérimentation très complète chez l'animal.

Des cas d'intoxication sont signalés au Mexique, aux Etats-Unis, en Australie, au Japon.

Kariyone obtient, en 1930, la coriatoxine des fruits du redoul. Il n'indique pas les relations qui existent entre cette substance et la coriamyrtine de Riban.

Miyachi, reprenant les travaux de Karivone, isole des fruits deux substances : la coriariatoxine et la coriatoxine, cette dernière beaucoup moins active que la première.

Swanson (E.-E.), puis Maloney (A.-H.), font une étude pharmacologique de la coriamyrtine et de ses dérivés. Maloney signale l'antagonisme qui existe entre la coriamyrtine et les barbituriques.

***

Cette intoxication se caractérise essentiellement par l'apparition de crises convulsives épileptiformes. C'est ce que nous avons observé au cours de nos observations, c'est ce que nous avons retrouvé en parcourant les observations publiées. La coriamyrtine est un poison convulsivant.

Observation I. — Noelle L... dix-neuf ans, mange la valeur de deux bols à déjeuner de fruits de redoul. Deux heures après, apparaît un état d'obnubilation, accompagné de quelques troubles digestifs. Très rapidement surviennent des crises convulsives généralisées. En quatre heures la malade présente neuf crises typiques s'accompagnant de miction involontaire et d'écume aux lèvres. A l'entrée à l'hôpital, on assiste à une crise qui se caractérise par une contracture généralisée avec tendance à l'opisthotonos, émission de salive baveuse et perte de connaissance. Il n'y a pas de troubles sphinctériens les reflexes sont normaux, le signe de Babinski est absent, les pupilles réagissent à la lumière. Le pouls est à 70, la tension artérielle de 11 Mx, 8 Mn, la température est normale. La malade présente deux autres crises dans la soirée. Le lendemain, persistance d'une légère obnubilation, il n'y a pas de reproduction des crises et la malade sort guérie trois jours après. Les divers examens humoraux ne décèlent pas d'anomalie : glycémie 1.05, azotémie 0,36, urines normales, sérologie de la syphilis négative.

Observation II. — Yvonne P..., vingt ans, absorbe la valeur d'un bol de baies de redoul. Une heure après céphalée et vertiges. La malade accuse de la sécheresse de la bouche, des douleurs gastriques et quelques nausées. En quatre heures, production de cinq crises convulsives épileptiformes avec phase tonique, puis clonique, écume aux lèvres, perte de connaissance et incontinence d'urines. A l'entrée à l'hôpital, la malade est obnubilée, et présente un état ébrieux. L'examen somatique est négatif. Les réflexes rotuliens et achilléens sont présents, le signe de Babinski est absent, les pupilles, qui sont en mydriase, se contractent à la lumière. Le pouls est à 60, la tension artérielle est de Mx 11, Mn 7, la température est normale. Une dernière crise convulsive se produit vers 22 heures. Le lendemain, la malade présente un bon état général et ne conserve qu'une légère obnubilation.

Du point de vue humoral, aucune anomalie : glycémie, 1,10 ; azotémie, 0,45 ; urines normales, sérologie de la syphilis négative.

Observation III. — R... Germaine, dix-neuf ans, ingère la valeur d'un bol de baies. Cette malade a présenté des troubles digestifs avec nausées et douleurs abdominales. Pas de crises épileptiformes, mais une raideur plus ou moins généralisée et survenant par crises. Elle a pu recevoir de bonne heure un vomitif et un purgatf. A l'entrée à l'hôpital, elle accuse des nausées, l'abdomen est douloureux. Les réflexes rotuliens sont présents, mais faibles, pas de signe de Babinski ; les pupilles en mydriase se contractent à la lumière. Le pouls est à 55, la tension artérielle est de Mx 11, Mn 8 ; la température est normale. L'évolution se fait normalement et, dès le lendemain, la malade est rétablie.

Glycémie 1,07, azotémie 0,35, urines normales, sérologie de la syphilis négative.

Observation IV (Dr Giralt). — Ch... L..., vingt-huit ans. Après l'ingestion d'une quantité de baies imprécisée, ce malade présente quelques malaises, des céphalées, des nausées suivies de légers vomissements. Puis apparaissent des crises convulsives qui, d'abord espacées, deviennent de plus fréquentes et prennent le caractère épileptiforme : pâleur, cri rauque, yeux révulsés en mydriase, perte de connaissance, écume sanglante aux lèvres, convulsions. Lorsque le malade est vu par le Dr Giralt, il est en état de mal : six crises se produisent en quarante minutes, et le sujet succombe au cours de la dernière crise, qui fut la plus violente. Il y eut arrêt de la respiration et cyanose au cours de la phase tétanique de cette crise.

Observation V (Dr Giralt). — Ch... L..., vingt et un ans, présente une intoxication plus légère que celle de son frère. La première crise convulsive se produit six heures après l'ingestion des baies. Cette crise est nettement épileptiforme, elle s'accompagne d'aura, de cris, de perte de connaissance et de morsure de la langue. Les convulsions durent dix minutes, puis s'installe un coma qui se prolonge une demi-heure. Deux heures après, la connaissance est normale. Le lendemain la malade accuse quelques céphalées et présente encore quelques soubresauts tendineux. Guérison rapide.

***

Si nous reprenons les manifestations de ces cas d'intoxication par le redoul, nous pouvons en tracer la *symptomatologie*.

L'empoisonnement peut se faire par les feuilles et par les fruits. Il est beaucoup plus fréquent par les fruits qui ont un aspect appétissant et dont la ressemblance, d'ailleurs grossière, avec les mûres peut prêter à confusion.

Les premiers phénomènes de l'intoxication surviennent à un moment variable, généralement un quart d'heure à deux heures après l'ingestion des baies.

L'intoxication, au début, se manifeste par des céphalées, des vertiges. Le malade a, parfois, l'impression de picotement, de sécheresse de la bouche. Les yeux sont injectés, quelquefois révulsés. L'agitation motrice peut alors se manifester et en imposer pour un état ébrieux. Quant aux phénomènes digestifs, ils sont très variables : nausées, vomissements, parfois ils sont absents.

A la période d'état, les manifestations neurologiques, et, en particulier les crises épileptiformes, sont les plus caractéristiques.

Ces crises se traduisent par une perte de connaissance complète, accompagnée de convulsions toniques et cloniques. Elles durent de cinq à dix minutes et se reproduisent fréquemment dans les formes aiguës, séparées alors par des intervalles variant de dix à trente minutes. Elles sont, parfois, précédées d'aura (gémissements dans le cas de Roux et dans l'observation du Dr Giralt), elles sont souvent accompagnées de cris, de morsure de la langue et d'incontinence d'urines. Dans nos observations nous n'avons pas observé le signe de Babinski, les pupilles sont en mydriase, mais réagissent à la lumière.

Les convulsions sont parfois uniquement toniques et accom-

pagnées d'un trismus important, ce qui peut en imposer pour un tétanos.

Songeant à la possibilité d'une origine hypoglycémique de ces crises convulsives, nous avons recherché le taux de la glycémie chez nos trois malades : il était normal. Il est regrettable que la recherche de la glycémie n'ait pas été faite au cours même de la crise.

Les troubles de la sensibilité sont assez fréquents et se présentent sous le type d'anesthésie plus ou moins complète.

Le coma succède parfois aux crises convulsives. C'est, en général, un coma avec agitation qui peut se prolonger quarante-huit heures (observation non citée du Dr Giralt) et qui n'a pas la gravité des crises convulsives répétées.

Les autres manifestations cliniques sont moins caractéristiques. Les troubles respiratoires sont variables : manifestations dyspnéiques avec phases d'apnée au cours des crises convulsives. Du point de vue circulatoire, la bradycardie est notée par certains auteurs (44 dans l'observation de Roux, 60 dans deux de nos observations).

L'évolution est variable selon le degré de l'intoxication.

— Dans les *formes aiguës*, les crises épileptiformes se reproduisent toutes les dix minutes ; les périodes de calme ne durent pas plus de cinq à dix minutes. Il se produit un véritable état de mal, le sujet est sans connaissance, et la mort survient en apnée ;

— Dans les *formes subaiguës*, le malade entre dans un état comateux qui peut se prolonger. Les crises s'espacent, et, généralement, on obtient la guérison du coma.

— Dans les *formes légères*, le malade, qui n'a présenté qu'un état ébrieux, avec quelques crises de contractions toniques, n'accuse qu'une légère obnubilation, et guérit très rapidement.

Comme séquelles, nous signalerons l'hyporéflexie rotulienne et achilléenne, que nous avons observée chez nos trois malades, et qui peut correspondre à des phénomènes de congestion méningée.

Le pronostic de cette intoxication est grave. Le nombre des cas mortels est assez important : deux cas sur sept pour les malades de Pujade ; un cas sur quatre pour les malades de Roux ; un sur nos cinq intoxiqués est décédé. Riban, dans sa thèse, sur vingt cas colligés, signale sept cas de mort, ce qui donne une proportion de 35 p. 100.

La gravité est proportionnelle au nombre de baies ingérées, et, d'après la plupart des observations publiées, il faut une assez grande quantité de baies pour que le pronostic soit fatal. Néanmoins, on doit se souvenir de l'observation troublante de Sauvages de la Croix, où la mort est survenue après l'absorption de quinze baies. Le décès se produit au cours des crises convulsives, rarement au cours du coma considéré par Riban comme un « phénomène réparateur ».

Le diagnostic. Cette intoxication peut en imposer pour :

— Une intoxication par la strychnine. Les convulsions sont alors surtout toniques, la sensibilité est exagérée, l'intelligence est généralement conservée. Les accès tétaniques durent de quelques secondes à une minute, puis s'espacent. La mort survient après cinq à sept accès répétés ;

— Une intoxication par la belladone. Si la sécheresse de la bouche, la mydriase, l'état ébrieux se rencontrent dans cette intoxication, les convulsions sont très rares ;

— Une crise ou un état de mal épileptique. Dans l'intoxication par le redoul, le signe de Babinski est absent, les pupilles en mydriase réagissent à la lumière. Malgré les crises nerveuses répétées, la température ne varie pas, il n'y a pas de fièvre, comme dans l'état de mal comitial ;

— Un tétanos : la présence d'une plaie, les prodromes, l'anxiété du malade, qui garde sa connaissance, permettent de faire la différenciation.

Anatomie pathologique. — Les lésions provoquées par cette intoxication sont décrites succinctement dans l'observation de Roux, qui est suivie d'un protocole d'autopsie (1828) : le cerveau et les méninges étaient congestionnés ; le poumon présentait des zones d'hépatisation, les autres viscères étaient à peu près normaux.

Les animaux, dont Riban s'est servi pour son expérimentation, présentaient, après absorption d'une dose mortelle de coriamyrtine, une congestion assez intense des méninges et des infiltrations pulmonaires plus ou moins diffuses.

Etude expérimentale. — Dès 1862, Riban, après avoir isolé la coriamyrtine, fait une large expérimentation chez l'animal. Le lapin, après ingestion de 0 gr. 02 de coriamyrtine, présente un tremblement de la tête, qui se généralise très rapidement ; puis, apparaissent des mouvements convulsifs généralisés, et la mort s'ensuit au bout d'une heure. A la dose de 0 gr. 08, l'action est très violente et très rapide. Les mêmes phénomènes s'observent chez le chien. Enfin, Riban complète son expérimentation par une étude de l'action du toxique chez les batraciens et chez les diptères : ils présentent également des convulsions. Ainsi les propriétés convulsivantes de la coriamyrtine étaient démontrées chez l'animal.

Miyachi étudie, chez la grenouille les deux substances qu'il a isolées des fruits de *coriaria japonica*. La coriatoxine, injectée à la dose de 0,5 cm3 d'une solution à 0,002 pour 100, provoque, dans un premier stade, des convulsions, une augmentation de la sécrétion cutanée, une accélération respiratoire ; les pupilles sont en mydriase, le cœur n'est pas modifié. Ces convulsions n'apparaissent pas, si l'injection est faite à un animal dont la moelle dorsale a été sectionnée ; elles sont comparables à celles que produit la picrotoxine. Dans un stade plus tardif, l'excitabilité médullaire est augmentée, et les convulsions qui se produisent alors sont analogues à celles de la strychnine. La mort survient à la vingt-quatrième heure.

La coriatoxine a des effets à peu près identiques, mais son action est environ sept fois plus faible que celle de la coriariatoxine.

Les deux substances individualisées par l'auteur japonais se rapprochent, par leur action, de la coriamyrtine. Nous ne connaissons pas leur formule chimique, mais, par leurs propriétés physiopathologiques, elles ont de nombreux points communs. A côté de la coriamyrtine, d'autres substances, qui sont dérivées de la première, existent dans les fruits du redoul.

Nos recherches, chez l'animal, ont été infructueuses : nous n'avons pu reproduire les phénomènes d'intoxication. Il est vrai que nous n'avons pas utilisé la coriamyrtine : nous avons fait simplement à l'animal (cobaye et lapin) des injections intra-péritonéales d'extrait aqueux, puis d'extrait alcoolique de coriaria. Nous n'avons obtenu qu'une parésie du train postérieur, sans mouvements convulsifs. Quant à l'ingestion de cariaria, elle a été très bien supportée par le lapin. Pourtant, l'empoisonnement par le redoul se rencontre chez l'animal : Pujade prétend que les moutons, qui broutent les jeunes pousses du redoul, présentent une sorte d'ivresse avec crises convulsives. L'intoxication mortelle est rare ; il se produit, le plus souvent, un état d'ébriété avec vertiges, et, parfois, des « troubles du caractère ». A ce propos, il est intéressant de rappeler le détail que nous a communiqué le Dr Giralt : les chèvres intoxiquées ont une diminution de l'instinct affectif ; elles repoussent alors leurs chevreaux et refusent, à ceux-ci, leurs mamelles.

Le traitement aura pour premier but d'évacuer le toxique. Le lavage d'estomac sera difficile, par suite des convulsions présentées par le malade, aussi sera-t-il préférable de provoquer les vomissements par l'injection d'apomorphine. Dans les cas sérieux, il faudra tonifier le cœur, donner des analeptiques cardio-vasculaires.

Maloney a signalé l'antagonisme des barbituriques et de la coriamyrtine. Nous avons montré les analogies existant entre l'intoxication strychninée et l'intoxication par le redoul ; de plus, nous avons insisté sur la gravité des convulsions répétées. Aussi est-il indiqué de donner aux intoxiqués des dérivés de la malonylurée. Les faits cliniques et expérimentaux sont en accord pour commander formellement l'essai de cette thérapeutique qui n'a pas encore été utilisée dans de tels cas.

L'intoxication par le redoul mérite d'être connue, surtout à une époque où l'on ne dédaigne plus le moindre fruit, si peu appétissant soit-il. Mais, là, ne réside pas son seul intérêt. La coriamyrtine est un poison convulsivant, et l'on devine les avantages que l'on pourrait tirer de son emploi dans certaines affections. Déjà Bleckwerm, Hodgson et Herwick l'ont utilisée dans le traitement de la démence précoce. Toute une étude est à faire sur l'expérimentation et l'application clinique des propriétés convulsivantes de la coriamyrtine.

BIBLIOGRAPHIE

BLECKWERM W. J., HODGSON E. R. et HERWICK R. P. Clinical comparison of picrotoxin, metrazol and coriamyrtin used as analeptics and as convulsants. *Journ. Pharmacol. and Exper. Therap.*, 69, p. 81-88, mai 1940.

KARIYONE et SATO. *Journ of Pharmaceut. Soc. of Japon*, 1930, 576, p. 106 et 581, p. 659.

KIRINO K. Comparative studies on pharmacologic action of coriamyrtin and its derivatives. *Jap. journ. med. Sc.*, IV, pharmacol., 12, p. 60-61, mars 1940 et *Folia pharmacol., Japon*, 29, p. 33-35, 20 sept. 1940.

MALONEY A. H. Barbiturate-coriamyrtin antagonism. *Proc. Soc. Exper. Biol. and Med.*, 34, p. 591-593, juin 1936.

MALONEY A. H. Studies on the pharmacological action of coriamyrtin. *Journ. Pharmacol. Exper. Therap.* 57, p. 361-375, août 1936.

MARTINEZ VARGAS. Envenenamiento de cinco niños por el raldon (coriaria myrtifolia). *Siglo med. Madrid*, 1926, 78, p. 355-359 et *Gas. Med. de Mexico*, avril 1928, 59, p. 186-197.

MIYACHI S. Wirkung des Coriariatoxins und Coriatoxins, der giftigen Bestandteile der Frucht der Coriaria japonica A. Gray auf den Frosch. *The Tokohu journal of Experiment. Medic.*, 20, 27 janvier 1933, p. 389-398.

MIYACHI S. Wirkung des Coriaria toxins auf Kaninchen, *ibid*, 20, 20 mars 1933, p. 434-451.

PUJADE. Sur les accidents produits par les baies de redoul à feuille de myrte. *Annales Cliniques de Baumes*, t. XXVI, 1811, p. 583.

RIBAN J. Recherches expérimentales sur le principe toxique du redoul (Coriaria myrtifolia). *Thèse de Montpellier*, 1863.

ROUX. *Revue Médicale*, t. IV, 1928..

SAUVAGES DE LA CROIX, *Acad. des Sciences*, 1939, p. 473.

SWANSON E. E. *Journ. Amer. Pharmac. Assoc.*, 29, p. 2-4, janv. 1940.

SWANSON E. E. et K. K. CHEN. *Journ. Pharmac. Exper. Therap.*, août 1936, 57, p. 410-418.

TRAITEMENT DES PLAIES REBELLES PAR APPLICATIONS METALLIQUES

par M. George Pascalis

On a fait connaître quelques cas de guérison rapide, par application de plaques d'aluminium, de plaies jusque-là rebelles. Je suivais alors quelques malades dont les plaies, d'origines diverses, évoluaient avec une désespérante lenteur, malgré les traitements variés dont elles avaient été l'objet. J'ai essayé de l'aluminium. Voici, résumées, les observations.

M. F..., 3 ans. Plaie contuse du front, consécutive à une chute sur l'angle d'un meuble, remontant à une dizaine de jours. Elle mesure environ 5×3 cm. et suppure abondamment. Une radio laisse deviner une fissure frontale sous-jacente. Sous anesthésie générale, la plaie est nettoyée et parée. Pansements au septoplix après applications d'U V, puis à la gaze iodoformée, enfin avec divers produits qui épuisent leur action en quelques jours : la plaie bourgeonne et ne s'épidermise pas. Après deux mois d'essais inutiles, on met en place une plaque d'aluminium : en huit jours la guérison est obtenue.

M. L..., 41 ans, a été opéré par voie abdominopérinale d'un néoplasme ano-rectal avec anus iliaque définitif. L'énorme plaie périnéale s'est comblée rapidement, mais il reste au fond du sillon interfessier une plaie longue de 3 cm., large de 1 cm. 5 qui traîne interminablement. D'autre part, à la partie moyenne de la cicatrice abdominale, il y a une exulcération longue de deux centimètres qui résiste à tous traitements. Une plaque d'aluminium est placée sur chacune d'elles. En une semaine la guérison est assurée.

M. F..., 40 ans, présente une plaie contuse de la crête tibiale gauche à l'union du tiers inférieur et du tiers moyen. L'on sait combien sont rebelles à la guérison ces plaies très spéciales (grevières des anciens). Une plaque est laissée en place pendant huit jours sans le moindre résultat.

Lorsque l'on pratique, par incision cruciforme l'ablation d'un anthrax, il reste une plaie plus ou moins suppurante dont la cicatrisation est à l'ordinaire lente et demande plusieurs semaines. Dans deux cas, l'application d'aluminium, quelques jours après l'opération, a amené une guérison rapide.

Voici donc quelques cas où l'aluminium a donné de remarquables résultats, un autre où il a été sans effet.

J'ai utilisé des plaques minces très soigneusement polies, faciles à couper et à modeler. Elles ont été taillées à la forme voulue de façon à dépasser légèrement la surface à recouvrir et, après ébullition prolongée, maintenues en place à l'aide de bandes adhésives. Toutes les fois que le pansement est resté propre, elles ont été laissées en situ, lorsqu'au contraire il était souillé, elles ont été remplacées après nettoyage des tissus.

Dès le lendemain de l'application, les bourgeons charnus sont nivelés et la plaie a un aspect brillant, vernissé qui annonce l'épidermisation. Le métal agit comme un rouleau sur un champ labouré.

Aussi bien son action n'est-elle point spécifique.

On obtient le même résultat avec l'argent par exemple. J'aurais voulu pouvoir étudier l'action chimique et le processus histologique de reconstruction : l'absence momentanée de mes habituels collaborateurs m'oblige à remettre ces recherches à des temps meilleurs.

Il semble qu'il y ait une action mécanique de mise à plat qui permet à l'épiderme de gagner de proche en proche.

Il est certain que nous avons là un moyen de hâter les cicatrisations. Il mérite d'être essayé dans de nombreux cas.

ACTUALITÉS

LES LAITS SECS ACIDIFIES

Par M. Rémy Levent

Les difficultés du ravitaillement en lait sont fréquentes. Elles peuvent, dans certains cas, rendre malaisé l'allaitement des enfants du premier âge, car il n'est pas toujours possible de recourir à l'allaitement maternel seul.

Les pratiques classiques de l'allaitement artificiel comportent une mise au point qui se précise peu à peu ; peut-être aussi les régimes sans lait, peu employés chez nous, en temps normal, prendront-ils une place plus importante. Nous n'y insisterons cependant pas, non plus que sur les divers laits condensés, de posologie bien connue et d'acquisition souvent malaisée. Il en est de même pour la plupart des laits secs. On doit cependant faire une place à part aux *poudres de lait acidifié*, dont certaines firmes ont bien mis au point la fabrication et dont les avantages sont à la fois quantitatifs et qualitatifs.

On connaît, en effet, depuis les travaux de Mac Kim Marriott (1919), la valeur des laits frais acidifiés pour la réalimentation des athrepsiques. Les travaux ultérieurs les ont montrés aussi utiles au nourrisson normal. Ils ont prouvé que les laits secs pouvaient remplacer le lait frais.

Les laits secs acidifiés sont tous bien tolérés ; ils ont, à volume égal, une valeur calorifique dépassant celle du lait de femme ; ils possèdent un pH qui diminue l'effet tampon du lait ordinaire sur le suc gastrique et stimulent les sécrétions duodénale et pancréatique. Marriott, et d'autres après lui, ont montré que l'on pouvait donner ainsi au nourrisson une alimentation suffisante et équilibrée, et cela sous un faible volume. Ceci est, actuellement, une qualité qu'on ne saurait dédaigner.

Chez l'enfant normal, le taux de dilution à 21 % (96 calories aux 100 grammes) semble excessif. Dans un article récent, Rohmer (1) se montre satisfait de la dilution à 16 % (74 calories aux 100 grammes), qu'il emploie depuis longtemps.

La *ration quotidienne* doit naturellement varier suivant l'âge ou le poids ; il est pratique de la concrétiser sous une forme simple : une ration de 150 grammes de lait par vingt-quatre heures et par kilo (ration normale pour certains auteurs) pèche par excès. Un enfant de 2 mois, pesant 4 kilos 500, recevrait 675 grammes de lait par jour (500 calories) ; un enfant de 4 mois, pesant 5 kilos 500, recevrait 825 grammes (610 calories).

Il vaut mieux se rapprocher des chiffres de Feer et d'autres auteurs. Feer ne dépasse plus, pour l'enfant normal, 500 grammes par jour pendant la première année et 400 grammes ensuite, complétant alors la ration grâce aux bouillies. Il avait proposé antérieurement un peu plus, soit 1/6 du poids avant 2 mois, 1/7 entre 2 et 4 mois, 1/8 ensuite, ce qui fait, pour les enfants précités : 640 et 700 grammes environ (473 et 518 calories). On peut arriver à peu près au même résultat en donnant 125 grammes par jour et par kilo, ce qui donne, pour les mêmes enfants, 560 et 690 grammes (414 et 510 calories), ce qui se rapproche du nombre des calories reçu, à cet âge, par les enfants au sein.

Rappelons enfin qu'on ne doit jamais donner plus de cinq biberons par jour et qu'il ne faut pas oublier de compléter la ration par un peu d'eau ou de tisane, une ration hydrique insuffisante causant la *fièvre de lait* sec.

Les laits secs acidifiés peuvent, l'âge venant, être employés aux bouillies. Leur valeur nutritive élevée, sous un faible volume, les place parmi les aliments de fond ou de suralimentation les plus précieux en ces temps difficiles.

(1) Rohmer : *Concours médical*, 1er février 1943, n° 6, pp. 103-106.

VIN, CAFE, TABAC

En ce moment, lorsqu'on parle du vin — et on en parle souvent — on ne manque pas de poser une question : « *L'alcool est-il un aliment?* » Voilà, certes, un sujet qui a fait couler beaucoup d'encre depuis les célèbres travaux d'Atwater et de Benedict, en Amérique ; de Gréhant, en France. Plus près de nous, d'autres travaux, comme ceux d'Eliane le Breton et comme la thèse de Jean Courtial, viennent d'éclairer d'un jour nouveau ce problème auquel M. le professeur Léon Binet consacrait récemment un magistral article (« Vin, café, tabac », *Revue des Deux Mondes*, 1er février 1943).

Avant d'aller plus avant, il ne serait peut-être pas inutile d'établir ce qu'est « un aliment ». Pour Mme L. Randoin, un aliment est une substance, généralement naturelle et complexe, qui, associée avec d'autres éléments en proportions convenables, est capable d'assurer le fonctionnement normal et le cycle régulier de la vie d'un individu.

L'alcool du vin paraît répondre à la définition de Mme Randoin. En effet, l'alcool joue un rôle dans le fonctionnement de notre organisme : les expériences de M. Binet et de Mlle Marquis montrent que le poumon, par kilo et par heure, brûle 1 gr. 32 d'alcool, avec des variations de 0,38 à 2,31. Ainsi, l'alcool est bien utilisé dans l'organisme vivant qui le brûle. Il est donc un aliment. Mais quelle est sa valeur à ce point de vue? Les travaux modernes montrent qu'*il n'est pas un bon aliment*. En effet :

L'énergie libérée par la combustion de l'alcool éthylique est inutilisable pour le travail musculaire.

L'alcool n'est pas, non plus, un élément de lutte contre le froid.

De plus, l'ingestion d'alcool diminue la résistance des animaux placés dans une atmosphère appauvrie en oxygène.

Enfin, l'alcool rend l'organisme plus sensible à l'action de certains agents toxiques, en particulier l'oxyde de carbone.

Devant cette somme de vertus négatives, on ne saurait affirmer, comme le fit un jour Duclaux, que l'alcool est un aliment digne de ce nom.

Laissons l'alcool pur et *revenons au vin*, qui, lui, a de réelles propriétés nutritives, car il contient des substances minérales utiles et des vitamines précieuses. Il est, en outre, de par l'alcool qu'il contient, un stimulant du système nerveux. Avec justice, on peut admettre que, *pris à doses modérées, le vin peut être considéré comme un bon adjuvant à l'alimentation de l'homme.*

« Dans le monde des médecins, *le tabac* compte des partisans convaincus et des ennemis tenaces », écrit M. Binet. Récemment, l'auteur exposait, à la *Société médicale des hôpitaux de Paris*, l'action néfaste produite par la nicotine sur l'épinoche. Celle-ci, après intoxication, présente une éclipse des réflexes dits conditionnés. D'autre part, on sait que le tabac possède une action hypertensive et détermine une augmentation du sucre sanguin. M. Binet a encore noté, chez l'animal soumis aux vapeurs du tabac, une élévation immédiate du taux des hématies dans le sang circulant (polyglobulies de mobilisation).

« Donc, hypertension artérielle, hyperglycémie, hyperglobulie. » Devant cette triple réaction, on pourrait conclure, dans certains cas, à un effet heureux du tabac.

Le professeur Armand Gautier n'enseignait-il pas, jadis, qu'une cigarette, après le repas, stimule utilement la sécrétion gastrique? Et, en effet, dès les premières inhalations de fumée de tabac, une réaction se produit dans le tube digestif. L'intestin grêle présente même une certaine hypermotilité.

Mais voici des méfaits plus sensibles : la crise brusque d'angine de poitrine chez certains fumeurs de cigares; voici encore des accidents de gangrène juvénile (thromboangéite oblitérante) dus à la nicotine. Autrefois, on parlait beaucoup du cancer des fumeurs. La question a évolué. Des travaux en cours permettront de reprendre l'angoissante question du pouvoir cancérigène du tabac. On ferait intervenir actuellement l'action des produits de distillation et de combustion, tels que le goudron du tabac.

Tout récemment, enfin, M. René Fabre, et Mlle H. Perreau, ont apporté, à l'*Académie de médecine* (15 décembre 1942), la preuve que *les méfaits du tabac peuvent s'exercer chez les non-fumeurs*. Des individus, ne fumant pas, mais ayant séjourné dans une salle de spectacle enfumée, ont présenté, dans leurs urines, une quantité de nicotine supérieure, parfois, au milligramme. (*Cf. Gaz. Hôp.* 1943, n° 1, p. 10.)

Au *café*, « la boisson intellectuelle », on a attribué beaucoup de méfaits, dus à sa propre composition : à son principe actif : la caféine; à ses huiles essentielles : caféol et caféone. On a pu décrire un *caféisme aigü*, avec excitation générale, tachycardie, tachypnée, agitation, tremblement, crampes douloureuses, etc., pouvant aboutir à la mort. Le *caféisme chronique*, lui, est dominé par des troubles digestifs et nerveux, rappelant ceux de l'éthylisme. Tout est une question de doses. A l'heure actuelle, l'étude du caféisme n'a plus le même intérêt qu'autrefois. Nous avons si peu *de café, et, moins encore, de caféine*. Les succédanés actuels sont de tout repos à ce point de vue.

Une question reste cependant intéressante : « Comment notre organisme se comporte-t-il sous l'influence du café? »

On sait que le café augmente la hauteur de la contraction musculaire; il stimule, non seulement l'organisme normal, mais il excite encore l'organisme défaillant. M. Binet cite, à ce propos, un fait démonstratif. Il a constaté souvent qu'un poisson mourant et inerte, sans mouvement respiratoire, placé dans un bain de caféine, ou dans une infusion de café secondairement aérée, peut reprendre sa respiration, son équilibre. Il est mis, en un mot, en état de revivre. M. Binet ajoute en conclusion :

« Le café, source d'animation, est aussi une source de réanimation. »

Ainsi se trouve magnifiquement réhabilité le poison lent dénoncé par Fontenelle, qui mourut centenaire, après avoir été, toute sa vie, un grand buveur de café.

On ne peut parler des méfaits du café, sans en rapprocher aussitôt ceux dont on accable le thé. Le regretté Gouget, médecin des hôpitaux de Paris, publia, en 1907, dans la *Gazette des Hôpitaux*, un travail sur le théisme et le caféisme, qui conserve encore toute sa valeur.

Il concluait que *le thé et le café n'ont aucune valeur alimentaire en dehors du sucre qu'on y ajoute*. Dépouillés de leur prestige, le thé et le café apparaissent donc inférieurs à l'alcool, qui, lui-même, nous l'avons vu, est un bien pauvre aliment. Mais le thé et le café conservent toute leur valeur, et elle est grande, comme stimulant de l'organisme, grâce à la théine et à la caféine, la première étant cependant moins active que la seconde.

F. L. S.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

26 *février*. — M. Damian. Contribution à la thérapeutique de l'oto-mastoïdite du nourrisson en tant qu'elle reste maladie locale. — M. Brunet. Anasarque fœto-placentaire avec érytho-blastose et anasarque maternel.

4 *mars*. — M. Soroko. Contribution à l'étude de l'avitaminose E.

10 *mars*. — M. Leleu. Au sujet de la tache bleue mongolique. — M. Planchon. L'arythmie complète provoquée par la digitale. — M. Pastard. Traitement de l'ulcère de l'estomac par blocage anesthésique du splanchnique. — Mlle Huguet. Remarques sur l'organisation de l'inspection médicale scolaire.

11 *mars*. — M. Pichot de Champfleury. L'épanchement sérofibrineux chronique au cours du pneumothorax artificiel. — M. Buret. Trente cas de pneumothorax bilatéraux observés dans un sanatorium public. — Mlle Peluchon. Emphysème sous-cutané et médiastinal et pneumothorax spontané dans la rougeole non compliquée.

17 *mars*. — M. Thélu. A propos des médications hydantoïniques dans l'épilepsie. — M. de Goascaradec. La fièvre ondulante en Bretagne. — M. Onéto. Contribution à l'étude de la glycosurie, de la glycémie et de l'hypoglycémie provoquée au cours des pyodermites folliculaires.

18 *mars*. — M. Fouad. Parallèle entre l'alimentation normale et celle de l'ouvrier agricole égyptien. — M. Morel. Les syphilides papulo-granuleuses de Fournier.

24 *mars*. — Mlle Forgeois. L'infection secondaire dans la tuberculose rénale. — M. Mérébel. Les néphroses posttransfusionnelles. — M. Vigier. Influence de la sulfamidothérapie de la blennorragie sur l'incubation et les réactions sérologiques de la syphilis. — M. Bidault. Considérations sur l'organisation de la lutte antituberculeuse en France. — M. Bonnaud. Contribution à l'étude des effets de l'insulinothérapie dans les affections mentales.

31 *mars*. — M. Eman Zadé Agha Mohammed. Etude critique de l'étiologie syphilitique des aortites. — M. Germain. La dilatation aiguë de l'estomac.

1er *avril*. — M. André. Les sinusites maxillaires chroniques typiques de l'adulte.

THESES VETERINAIRES

25 *février*. — M. Gandon. Contribution à l'étude des kystes dentifères des animaux domestiques. — M. Zagha. L'agalaxie contagieuse des petits ruminants.

4 *mars*. — M. de Coen. L'actinobacillose bovine et ovine. — M. Finaz. Le rôle du vétérinaire dans la récolte des produits opothérapiques. — M. Chabasse. Essai d'étude comparée des goitres chez l'homme et les animaux.

24 *mars*. — M. Falcoz. Contribution à l'étude de la typho-anémie infectieuse des équidés dans le département de la Haute-Saône.

1er *avril*. — M. Ginareau. Quelques documents cliniques sur la coccidiose bovine et sur son traitement par la quinacrine. — M. Dillon. La tuberculose du cheval. — M. Duroch. L'étude de l'indole urinaire.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

Séance du 29 mars 1943

Les effets de l'implantation sous-cutanée de comprimés de propionate de testostérone chez un vieillard. — MM. Léon Binet et François Verliac rapportent l'observation clinique d'un homme âgé de 88 ans présentant des troubles musculaires, sphinctériens et intellectuels.

Ce malade est incapable de se tenir debout, perd ses urines et ses matières, ne s'intéresse pas à ce qui se passe autour de lui et lit un journal qu'il est incapable de commenter.

M. Jean Cauchois pratique chez ce malade une implantation sous la peau de huit comprimés de 100 milligrammes chacun de propionate de testostérone. Trois semaines après, le malade est capable de se lever, puis de descendre des escaliers. Les troubles sphinctériens disparaissent et il s'intéresse à la lecture de livres de voyages.

Cette amélioration persiste dix mois après l'implantation.

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 23 mars 1943

Notice. — M. Lemaitre lit une notice nécrologique sur M. Lannois (de Lyon), correspondant national.

Hygiène des écoles. — M. Lesné s'élève avec raison contre l'envahissement des écoles par les services de la carte d'alimentation qui, pendant dix jours par mois, occupent une partie des locaux.

L'excitabilité neuro-musculaire de la langue. — M. Lapicque présente cette note de M. Chauchard.

Le cancer au centre de l'Afrique. — M. Dupont (note présentée par M. Delbet) a constaté que, dans la région de Fort-Archambault, une nombreuse population noire (les Sarras, qui sont environ cent mille) n'a jamais présenté de cas de cancer. L'auteur fait remarquer que le principal aliment de cette population est le mil, qui contient une forte quantité de magnésium.

Intoxication collective par le nitrite de sodium. — MM. Andrieu, Blanc, Caujolle, Louis Morel et Tapie.

Séance du 30 mars 1943

Rapports. — M. Lesné. Sur la nécessité de supprimer dans les


Romarène
CHOLÉRÉTIQUE - STOMACHIQUE
DIURÉTIQUE — RÉGULATEUR INTESTINAL
Une à trois cuillerées à café de granulé par jour. Croquer ou dissoudre dans une tisane aromatique.
LABORATOIRES BEAUFOUR — DREUX (E.-&-L.)

locaux scolaires la distribution des titres d'alimentation. — M. TANON. Sur l'hospitalisation d'office des malades contagieux. — F. FOURNEAU. Sur le projet de loi concernant l'exercice de la pharmacie. — M. FABRE. Sur le métaldéhyde employé pour la destruction des limaces.

Abcès ascaridien du foie. — Le fumage des terres par l'engrais humain, principale cause de la recrudescence actuelle de l'ascaridiose. — MM. P. HARVIER et L.-C. BRUMPT. — Tout le danger de l'ascaridiose réside dans ses complications chirurgicales. A propos d'un cas d'abcès ascaridien du foie chez un homme de 43 ans, les auteurs insistent sur la symptomatologie. Le vomissement d'ascaride a une grande valeur séméiologique ; la ponction ramène un pus microbien qui peut contenir des œufs de parasites ; la numération des œufs dans les selles précise le degré d'infestation qui est habituellement massive. L'éosinophilie sanguine est un signe infidèle qui manqua dans ce cas. L'enquête épidémiologique révéla l'utilisation de l'engrais humain pour le fumage du jardin potager.

Conclusions prophylactiques : prévenir le public contre les dangers de l'emploi comme engrais des matières fécales humaines ; préconiser les fosses à fermentation, où les œufs d'ascarides sont tués par la chaleur ; éviter ce mode de fumage pour les fraises, les salades, les radis, les carottes et tous les produits destinés à être consommés crus ; assainir les légumes suspects par l'immersion dans l'eau très chaude (plus de 70°) pendant une seconde.

L'ascaridiose n'est qu'un des aspects du péril fécal. La souillure croissante du sol par les déjections humaines est aussi en partie responsable de la recrudescence actuelle des affections typho-paratyphiques.

La dysphagie du premier temps de la déglutition. — MM. LHERMITTE et NEMOURS Auguste ont pu, sous le contrôle de l'écran, étudier un trouble spécial de la déglutition caractérisé par la suspension du premier temps qui est soumis au contrôle de la volonté. Les sujets observés se montrent incapables de faire progresser le bol alimentaire vers l'isthme du gosier. Le malade s'épuise en vains efforts. Différent de la dysphagie des bulbaires et des pseudo-bulbaires, ce trouble peut s'inscrire dans le cadre de l'apraxie, et l'on pourrait lui appliquer le terme d'apractophagie.

Sur l'étude des gaz dissous dans les eaux minérales. — MM. RIMATEI et GRISCELLI.

La ration dans ses rapports avec l'état d'entretien de la troupe. — MM. DES CILLEULS et R. CROSNIER (note présentée par M. BINET). — Intéressantes constatations ayant porté sur une observation de quatorze mois dans une grande unité militaire. L'état pondéral a été meilleur chez les jeunes soldats que chez les anciens et, pour les cadres, chez les moins de trente ans que chez les plus de trente ans. Malgré le déséquilibre lipido-glucidique de la ration, aucun trouble carentiel ne fut observé. En conclusion, le chiffre de 2.500 calories représente un minimum qui ne pourrait être abaissé sans inconvénients. Il serait insuffisant avec une augmentation du tableau de travail.

Contribution à l'étude expérimentale de l'adiposité chez les souris castrées. — MM. KLING, LECORDIER, SAMSSONOW et M. SUREAU.

Election. — MM. FRUHINSHOLZ (de Nancy) et JEANBRAU (de Montpellier) sont élus associés nationaux.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

SÉANCE DU 12 FÉVRIER 1943

Valeur élevée de l'histamine sanguine chez les malades atteints d'ulcère gastro-duodénal. — Amélioration des signes fonctionnels par un antagoniste de l'histamine. — MM. J.-L. PERROT, Ch. DEBRAY et G. RICHET.

Un cas de bronchiome (tumeur mixte des bronches). — M. LECŒUR.

A propos des tumeurs dites « épistomes ». — Les branchiomes polymorphes. — M. ROLLAND.

Sur un cas d'infection à leptospira grippo-typhosa. — MM. LEMIERRE, A. LAPORTE et VERMENOUZE. — Observation d'un jeune homme qui, quelques jours après avoir pris des bains dans le Petit-Morin, présenta brusquement de la fièvre, des névralgies, un syndrome méningé, un léger subictère, de l'urobilinurie, de l'infection des conjonctives, de l'herpès labial et une azotémie à 0,73. Guérison en huit jours. Les examens pratiqués par Mme Kolochine-Erber ont montré que le sérum du patient n'agglutinait pas *leptospira ictéro-hémorragiae*, mais agglutinait à 1/10.000e *leptospira grippo-typhosa*, agent spécifique de la *fièvre des marais*.

SÉANCE DU 19 FÉVRIER 1943

Deux cas simultanés, dont un mortel, d'hémoglobinurie par ingestion de fèves. — MM. BRULÉ, PESTEL et DARGEAT. — Apparition brutale d'un ictère avec hémoglobinurie chez un frère et une sœur qui, la veille de l'apparition des accidents et des signes dramatiques, avaient consommé aux deux repas un plat copieux de farine de févettes. Le favisme, avec hémoglobinurie, a été observé depuis longtemps en Italie après ingestion de fèves et aussi après séjour dans les champs de fèves en fleurs.

Anurie mortelle après traitement par le para amino-phényl sulfamido-pyridine (Dagénan). — **Echec de la décapsulation rénale.** — MM. CHIRAY et A. CORNET. — Observation de néphrite aiguë mortelle malgré la décapsulation due à l'absorption de 14 grammes de Dagénan en cinq jours au cours d'une pneumonie chez un tabétique. Cette issue malheureuse peut être imputée à une tare rénale syphilitique antérieure.

Dilatation des bronches à forme polykystique. — Pneumonectomie. — Guérison. — MM. MARQUÉZY, ISELIN, ROCHE et RICHET.

Névrite optique atrophique par sulfamidothérapie. — MM. LAEDERICH, MONBRUN, Mme DEBAIN et M. LANGE.

SÉANCE DU 26 FÉVRIER 1943

Cancer primitif de l'estomac in situ (niche à ménisque et à radicelles de type malin). — MM. Guy ALBOT, Ed. PICQUET, MONIQUE PARTURIES-LANNEGRACE et H. LIBAUDE.

Niches géantes de la petite courbure. — MM. BRULÉ et HILLEMAND.

Tuberculose pulmonaire des dénutris œdémateux à fréquence des épanchements pleuraux séro-fibrineux associés. — MM. BACHET et MARCHE, présentés par H. GOUNELLE, insistent sur la fréquence et la gravité des tuberculoses pulmonaires dans les collectivités sous-alimentées. En milieu asilaire, ils ont constaté qu'un grand nombre de ces tuberculoses s'accompagnent d'épanchement séro-fibrineux. Cette complication est différente si l'on compare les cas des dénutris simples et ceux des dénutris œdémateux. Chez les premiers, on en compte 21,4 p. 100 ; chez les seconds, 83,3 p. 100. Les auteurs expliquent cette différence par le trouble du métabolisme de l'eau.

Toxicité comparée du benzène et de ses homologues. — Leur action respective sur le sang. — MM. DUVOIR et LEROUX insistent sur la différence qui existe entre les essences de pétrole non benzéniques, qui ne causent qu'un syndrome ébrio-narcotique passager, et les benzols qui lèsent les organes hématopoiétiques avant de s'éliminer par les reins. On peut admettre que ce sont les phénols qui détruisent la fonction hématopoiétique. A cette action du benzène s'opposerait l'action irritante du toluène, par exemple, se traduisant par une polynucléose. Cette conception pourrait conduire à substituer le toluène ou les xylènes au benzène dans les opérations industrielles.

SOCIETE DE BIOLOGIE

SÉANCE DU 23 JANVIER 1943

Vitamine B et système nerveux. — Mme B. CHAUCHARD, M. P. CHAUCHARD et Mlle A. RAFFY montrent que, la carence en riboflavine et l'injection de cette substance à l'animal non carencé retentissant sur le fonctionnement nerveux, la vitamine B doit être considérée comme une vitamine importante pour le système nerveux.

Dosages de l'hormone cortico-surrénale dans l'urine des diabétiques. — MM. P. HARVIER et J. TURIAF ont trouvé, à l'aide du test de Giroud, un taux d'élimination très élevé dans les urines de tous les diabétiques, et cela sans aucun rapport avec la tension artérielle.

Elimination urinaire de l'hormone cortico-surrénale chez le chien après injection de phloridzine et après dépancréatation. — MM. P. HARVIER et J. TURIAF montrent que la glycosurie phloridzinique ne provoque pas d'augmentation sensible du taux de cette élimination, tandis que la pancréatectomie totale entraîne une augmentation très nette.

Election. — M. VERGE est élu membre titulaire.

SÉANCE DU 13 FÉVRIER 1943

Péricaryone et chronaxie neuronique. — Mme CHAUCHARD et M. Paul CHAUCHARD.

Activité vitaminique B2 et chronaxie. — Mme CHAUCHARD, MM. Paul CHAUCHRD, M. BUNEL, Mlle RAFFY et M. LECEC montrent que la mesure de la chronaxie est un test très sensible pour l'appréciation de l'activité vitaminique B2 des substances administrées au rat carencé.

Sur un mécanisme hormonal de régulation de l'affinité de l'hémoglobine du sang par l'oxygène. — MM. POLONOWSKI, D. SANTENOISE et STANHOFF.

Etude sur le système neuro-végétatif au cours de l'hypothermie du lapin. — MM. PASTEUR VALLERY-RADOT, MAURIC, Mme A. HOLTZER et MM. DOMART et LASSART.

Sur l'action vaginale de l'acétate de désoxycorticostérone et de quelques stéroïdes. — M. R. COURRIER signale que, à l'état très pur, l'acétate de désoxycorticostérone, la progestérone et le propionate de testostérone ne provoquent plus la kératinisation vaginale chez le rat castré. Ils s'opposent même, pour certaines doses, à l'action de l'œstradiol sur le vagin, mais ils se séparent sur ce point par l'action peu soutenue des deux premiers qui diffère de l'effet persistant du troisième.

L'huile de germe de blé est-elle toxique ? — M. R. LECOQ conclut par la négative à la suite des expériences nouvelles poursuivies sur le rat avec des farines de germe de blé entier et déshuilé pures ou additionnées d'un complément minéral (carbonate de calcium et chlorure de sodium).

Le seuil de la douleur dans la contraction utérine. — MM. H. Vignes et M. Bann ont constaté que plus est obtuse la sensibilité tactile d'une femme, plus est bas le seuil de la douleur utérine lors des contractions de l'accouchement.

SOCIETE DE PEDIATRIE

Séance du 19 janvier 1943

Déformations maxillo-faciales dues au traitement orthopédique de certains maux de Pott cervicaux. — MM. Hug et Leclerc. — Présentation de deux malades.

Deux cas de paralysie dite obstétricale du plexus brachial. — M. Leveuf. — Présentation de malades opérés avec résultats fonctionnels très satisfaisants.

Anémie grave infantile avec fièvre et ictère hémolytique. — M. Huber présente un enfant de 7 ans qui fut pris brusquement d'une pâleur extrême avec hémoglobinurie massive et fièvre élevée deux jours après un violent traumatisme de l'hypochondre droit. Un examen de sang montra une anémie à 1.400.000 G. R. par millimètre cube. L'apparition d'un subictère discret permit d'éliminer le diagnostic d'hémorragie interne. L'enfant guérit rapidement à la suite de deux transfusions et d'injections intraveineuses de vitamine C.

Emphysème bulleux simulant une caverne au cours d'une tuberculose de primo-infection. — MM. Julien Marie, J.-J. Welti, J. Salet et L. Philippe insistent sur l'intérêt de cette observation dont ils ne connaissent pas d'exemple comparable. Ils discutent l'interprétation des aspects spéléomorphiques apparaissant au cours de la tuberculose initiale. Leur observation illustre l'importance des troubles de la ventilation pulmonaire lors de l'évolution du complexe primaire et explique vraisemblablement les quelques rare cas de tuberculose en apparence cavitaire du nourrisson soi-disant guéris par la collapsothérapie.

L'emploi de la sciure de bois en remplacement du linge chez le nourrisson. — M. Maillet.

Sur les méningites à pneumocoques compliquant les oto-mastoïdites du nourrisson. — MM. Lévesque et Motte ont observé, au cours de syndromes toxiques, cinq cas de méningite à pneumocoques de symptomatologie très fruste et décelés uniquement par l'examen du L. C. R. Ils insistent sur la nécessité de penser systématiquement à la méningite dans tous les cas de syndrome toxique qui ne font pas leur preuve.

Séance du 16 février 1943

Dilatation congénitale des uretères. — MM. Paisseau, Boppe et Marcel.

Paralysie obstétricale du plexus brachial. — MM. Sorrel et A. Thomas rapportent, avec commentaires pathogéniques, 40 cas de paralysie obstétricale du plexus brachial, dont 18 suivis depuis la naissance.

Pachyméningite guérie par radiothérapie chez un nourrisson de sept mois. — MM. Lelong et Rossier présentent cet enfant en insistant sur l'étiologie qu'ils croient pouvoir attribuer à cette affection. Ils pensent qu'il s'agit non pas d'une infection, opinion communément admise en France, mais d'un trouble « alimentaire » en raison d'un abaissement considérable du taux de la vitamine K. Il s'agirait d'une diathèse hémorragique fixée par une épine irritative sur l'espace sous-dure-merien.

Lupus tuberculeux chez un nourrisson de sept mois. — MM. Lelong et Rossier.

Erythoblatase du nourrisson et hérédo-syphilis. — M. Perrot.

THÈSES DE PROVINCE

THESES DE MEDECINE DE BORDEAUX

Année scolaire 1941-1942

Doctorat d'Etat : 51 thèses numérotées de 1 à 51 inclus.

Doctorat d'Université : 1 thèse numérotée U. 320 = Total : 52 noms.

17. — Abbadie. *Etude d'une nouvelle épreuve du fonctionnement hépatique : le test au sulfate de quinine.*

3. — Alexandre. *Le haricot de soja, aliment de l'homme.*

33. — Bach. *Contribution à l'étude du pronostic de la néphrose lipoïdiquc chez l'enfant.*

21. — Baudrimont (Mme). *Contribution à l'étude des péricardites hémorragiques tuberculeuses curables.*

40. — Baurrier. *Résultats du traitement chirurgical dans les cardio-thyréoses.*

35. — Bosq. *Contribution à l'étude du diagnostic bactériologique de la diphtérie par le milieu de Manzuelo.*

46. — Brousse. *Rétrécissement de l'urète prostatique consécutif à la prostatectomie.*

36. — Broustra-Capdepont. *Thérapeutique de certains états spasmodiques artériels.*

22. — Buresté (Mlle). *Des racines du service social dans les œuvres privées du* XIX*e siècle.*

44. — Casamaysr. *Des prolapsus de la muqueuse urétrale au méat chez la femme.*

49. — Castagnou. *A la recherche d'un milieu d'origine sanguine susceptible d'être stocké et de remplacer le sang frais dans la transfusion. La sérotransfusion.*

23. — Chabaud. *Des principales stérilités féminines. Diagnostic. Traitement.*

50. — Chastrusse. *Contribution à l'étude clinique de l'hypertension artérielle pendant la grossesse.*

28. — Chauvin. *Des péricystites compliquant l'adénome prostatique.*

51. — Conte. *Contribution à l'étude du traitement des cancers digestifs par la ferriscorbone sodique.*

24. — Côte. *Le boulonnage transcutané des fractures du plateau tibial.*

31. — Creuzé. *Contribution à l'étude du traitement des cancers cutanés par le radium au moyen d'appareils moules.*

48. — Dabadie. *L'enclouage radioscopique du col du fémur.*

16. — Duhart. *L'épreuve de l'hyperlipémie provoquée dans les artérites.*

6. — Faugère. *Dénatalité. Revue générale des causes et des remèdes proposés.*

32. — Frois. *Les hernies du diverticule de Meckel.*

45. — Gagneuil. *La prévention et le dépistage dans une colonie de vacances des assurances sociales : Œuvre du Plein Air de Châteauneuf, à Léognan.*

34. — Graziana. *Tests d'exploration fonctionnelle en gynécologie moderne.*

27. — Hittau-Capdegelle. *Des tumeurs de l'orifice urétéral.*

30. — Kébir. *Contribution à l'étude des troubles trophiques de la syringomyélie.*

38. — Lacadée. *Le diagnostic médico-légal des blessures faites pendant la vie ou après la mort.*

39. — Lafargue. *Les tumeurs des surrénales secondaires aux épithéliomas des poumons.*

42. — Larralde (Mlle). *Quelques données d'hygiène sur le vêtement rationnel.*

26. — Larribau. *Des bromides végétantes à propos d'un cas suivi d'autopsie.*

47. — Leghay. *La xanthomatose osseuse généralisée.*

12. — Lesbordes. *Considérations sur l'aspiration duodénale continue.*

13. — Mahjoub (M'Hamed Ali). *Les thérapeutiques palliatives dans les occlusions intestinales. Leurs avantages. Leurs dangers.*

43. — Meynard (Mme). *Le syndrome de Guillain-Barré chez l'enfant.*

15. — Mole. *Contribution au traitement des blessures des nerfs.*

14. — Molia. *Contribution à l'étude des différentes méthodes d'éducation physique.*

29. — Monmayou. *De l'importance du taux de l'azote résiduel du sérum sanguin et des variations du sérum rapport* $\frac{\text{azote uréique}}{\text{azote résiduel}}$ *dans le diagnostic de l'insuffisance hépatique.*

10. — Moreau. *Réflexions sur les ulcères gastro-duodénaux à propos de l'étude des antécédents et des affections associées dans 180 cas.*

19. — Nancy. *Contribution à l'étude de l'ostéopétrose ou maladie d'Albers Schönberg.*

41. — Narbaits. *Respiration et exercices physiques.*

18. — Oraison. *Contribution à l'étude de la résection endoscopique dans le cancer de la prostate.*

25. — Papet. *Contribution à l'étude des œdèmes de famine.*

2. — Pelletier (Mme). *Les réactions sensori-psycho-motrices chez la femme.*

37. — Perrier. *Contribution à l'étude de la prothrombine du sang chez la femme enceinte et le nouveau-né.*

5. — Reboul (Mme). *Contribution au traitement de l'encéphalite vaccinale.*

1. — Rougier (Mlle). *Une méthode simple de mesure du débit cardiaque chez l'homme.*

20. — Saucet (Mlle). *Contribution à l'étude de la résorption spontanée de la cataracte avec cristalloïde intacte.*

9. — Saury. *Grossesse et hypovitaminose B1. Valeur du test pyruvique urinaire.*

4. — Tronquet. *Remarques sur la maladie de Raynaud.*

11. — Valrivière. *Essai démographique sur le département de la Gironde.*

8. — Vanderquand. *Prostatites et rétrécissements blennorragiques de l'urètre. Leurs rapports.*

7. — Védrenne. *Les hyperglycémies paradoxales associées à l'insuffisance surrénale.*

U. 320. — Zdravkoff. *La sulfamidothérapie en oto-rhino-laryngologie.*

THESES DE MEDECINE DE MARSEILLE

Année 1941

44 thèses dont 3 en vue du diplôme d'Université.

65 de 1940. — Agid (1). *Contribution à l'étude des fonctions chimiques des nerfs.*

38. — Aïm (1). *Le traitement de la névrite optique rétro-bulbaire des éthyliques par la strychnine à doses massives.*

2. — Andréani (Mlle). *La récidive de l'invagination intestinale aiguë du nourrisson et de l'enfant.*

29. — Balansard. *Contribution à l'étude expérimentale et clinique des diurétiques hépato-rénaux.*

3. — Barre. *Les traitements modernes de la gale, leur intérêt social au cours des exodes des populations.*

8. — Barthélemy. *Contribution à l'étude de la section simultanée des nerfs érecteurs et hypogastriques dans les cystalgies rebelles (opération de Richer).*

23. — Belukbachi. *Contribution à l'étude clinique des abcès pulmonaires consécutifs à des interventions opératoires.*

39. — Benmoussa (1). *Considération générales sur l'abcès amibien du poumon. A propos d'une observation avec présence d'amibes dans l'expectoration.*

12. — BROCHART. *Les paralysies posturales du nerf sciatique poplité externe.*
10. — CALAS. *Contribution à l'étude de la maladie de Schamberg. A propos de deux nouveaux cas généralisés, avec 25 fig.* (Travail de la Clinique Dermatologique.)
6. — CLAUSTRE. *L'angine de Ludwig.*
40. — COHEN (Albert-René) (1). *De l'influence de l'apparition des phlébites au cours des artérites chroniques.*
20. — COHEN. (Albert-Youssef). *Contribution à l'étude des sympathectomies lombaires dans les artérites des membres inférieurs.*
17. — COMBES. *Une technique de la sécurité dans la fermeture des anus contre nature.*
74 (de 1940). — DANA (1). *Essais de thérapeutique sulfamidée des méningites à bacilles de Pfeiffer.*
31. — DIEUDONNÉ. *Contribution à l'étude de l'anesthésie épidurale sacro-coccygienne dans la pratique obstétricale.*
32. — DUFAU. *Traitement des suppurations broncho-pulmonaires. Revue générale. Etat actuel de la question.*
11. — ELHAÏK. *Les rapports entre l'infarctus du miocarde et l'infarctus du poumon.*
18. — FIAGGIANELLI. *L'exercice physique et la respiration.*
13. — FIAT. *Recherche sur la pression veineuse en clinique chirurgicale.*
26. — FISCHMANN. *Contribution à l'étude de l'inversion utérine en dehors de la grossesse. A propos d'une observation inédite.*
1. — FRANZINI. *Les algoparésies cubitales tartives après traumatisme du coude.*
14. — FREZET (Mme) née CARPENTIER. *Contribution à l'étude des morts subites ou rapides par rupture de l'aorte* (à propos d'une observation personnelle).
27. — GARTNER (Mlle). *De l'origine tuberculeuse de la maladie de Basedow.*
24. — GRESLÉ. *L'épreuve du retentissement cruro et abdomino-brachial dans la mesure de la pression nerveuse.*
U. 7. — GRUNBLATT. *Essais thérapeutiques avec la vitamine C dans l'encéphalite psychosique aiguë et azotémique.*
30. — GUÉRIN. *Dilatation kystique intravésicale de l'uretère.*
15. — HENRY. *Les perforations itératives au cours de la fièvre typhoïde.*
22. — KEUNDJIAN. *Contribution à l'étude du sang circulant en clinique.*
U. 34. — KOHN (1). *Contribution à l'étude de la colite amibienne chronique européenne.*
25. — KRAWIECKI, *Contribution à l'étude de l'enquête épidémiologique dans la syphilis.*
41. — LEGUAY (1). *A propos de deux curieux accidents du bimétallisme intrabuccal.*
4. — MITON. *Sur les effets des lésions unilatérales des aires prépyramidales du cortex chez le cobaye.*
36. — NASTORG (1). *Contribution à l'étude du traitement des plaies de guerre.*
U. 19. — OCHSHORN. *La menstruation et son mécanisme.*
28. — PALACCI. *Les intoxications par le bromure de méthyle.*
33. — REYNE-BAILLE. *Essais sur les avantages de la sérothérapie anticolibacillaire dans le traitement des péritonites appendiculaires.*
9. — ROHMER. *Les polyradiculonévrites avec albuminorachie chez l'enfant.*
21. — ROUX-FOUSSENQ (Mme). *L'opération de Gœbell-Francenheim-Sœckel.*
5. — SANSOT. *Contribution à la pathogénie des obésités infantiles. Etude hormonale de quelques cas.*
35. — DE SOLLIERS (2). *Les kystes lutéiniques en dehors de la grossesse.*
16. — DE SOYE (Mlle). *Contribution à l'étude du traitement de la stérilité féminine par la folliculine.*
37. — STERBOUL (1). *Les suites éloignées des gastrectomies.*
42. — VALLETA (1). *L'équilibre acide-base et la grossesse.*

(1) Etudiants de Paris ayant soutenu leur thèse à Marseille.
(2) Etudiant de Nancy ayant soutenu sa thèse à Marseille.

THESES DE MEDECINE DE NANCY
Année scolaire 1941-1942

16 Thèses en vue du diplôme d'Etat numérotées de 1 à 16 inclus.
2. — AULON. *Les césariennes facultatives.*
11. — BIQUET. *Tétanie et épilepsie.*
3. — CORDIER. *Etude critique du syndrome : proliférations conjonctivales avec adénopathie pré-auriculaire.*
14. — FLEISCHEL. *Contribution à l'étude de l'enclouage dans les fractures du col du fémur.*
13. — GODOT. *L'ablation du premier ganglion sympathique lombaire.*
15. — KNOEPFLIN (Mlle). *La version dite « séparée » en obstétrique.*
10. — LEGAIT. *Les organes épendymaires du troisième ventricule : l'organe sous-commissurale, l'organe sub-fomical, l'organe paraventriculaire.*
1. — MARTIN. *Contribution à l'étude du sarcome des organes génitaux externes chez la femme.*
12. — MICHELY. *Contribution à l'étude des anévrismes artério-veineux entre la carotide externe et la jugulaire interne.*
9. — PEGARD. *Les mélanodermies au cours des anémies.*
5. — RICHARD. *Contribution à l'étude des traumatismes artériels.*
6. — ROYER. *L'immunisation contre le typhus exanthématique en Tunisie.*
4. — SCHILTZ. *Etude d'un hématome d'effort d'un muscle grand droit de l'abdomen.* (Etudiant de la Faculté de Strasbourg.)
8. — VILLAUME. *Cancers développés sur les bouches gastro-entérostomes.*
16. — VOIRIN. *Les méningites syphilitiques aiguës.*
7. — YSNARD (Pierre-François-Auguste). Mort au Champ d'Honneur le 22 juillet 1940. Thèse présentée à titre posthume le 19 mars 1942. — *A propos de quelques observations d'imperforation anale et de lésions génitales congénitales.*

LIVRES NOUVEAUX

La Thérapeutique du Nourrisson en clientèle. Prof. P. Nobécourt et Marcel Maillet. 4e édition. Paris, Maloine, 1941.

La disparition d'un maître très regretté a fait parvenir entre nos mains l'exemplaire dédié « à l'ami Babonneix » de cette nouvelle édition.

Le praticien trouvera dans ce précis d'innombrables et très précieux enseignements touchant la clinique thérapeutique et le formulaire particuliers à la médecine du nourrisson.

Si la rapidité de la croissance est l'un des traits les plus frappants de la physiologie normale de cet âge, la physiologie pathologique a le même caractère de développement rapide de tous les processus et de facilité à dévier de la normale sous des influences apparemment minimes, exercées par le milieu.

La grande activité de certains systèmes glandulaires, l'effacement d'autres systèmes, sont un autre trait important. Aussi l'hygiène est-elle un élément primordial dans l'élevage du nourrisson et dans la préparation de son avenir même lointain.

En même temps que la séméiotique de l'enfance et l'étude des méthodes hygiéniques, on trouvera une étude succincte mais substantielle des méthodes de thérapeutique externe, interne et hydroclimatique dont le nourrisson est justiciable : l'étude aussi des traitements des divers symptômes et des diverses affections.

C'est à bon droit que les auteurs font dès l'abord ressortir la similitude entre la médecine et la thérapeutique de l'adulte et celles du nourrisson. Ils n'insistent cependant pas moins sur les détails de l'adaptation particulière que comportent l'âge du malade et la nécessité de baser méthodes et posologie sur une connaissance approfondie de la physiopathologie, de la clinique, et des susceptibilités particulières à cet âge, ainsi que des difficultés pratiques qui en résultent.

R. L.

Conférences cliniques de médecine infantile (sixième série), par M. le Dr Henri Grenet, médecin honoraire des hôpitaux. Un volume in-8° raisin de 272 pages, 10 fr. Vigot, éditeur. Paris, 1942.

Depuis 1935, M. Henri Grenet publie presque

tous les ans ses conférences faites à l'hôpital Bretonneau. On sait avec quelle conscience et quel succès l'auteur s'est toujours efforcé de donner à ses élèves une forte éducation clinique, en même temps qu'il les familiarisait avec les règles de notre profession en les initiant à la déontologie.

Ces conférences ont été conçues avant tout dans un but pratique. Le maître a toujours tenu à mettre ses élèves en face des difficultés qui surgissent tous les jours en clinique, et surtout en clinique infantile.

Il a toujours su le faire avec une grande clarté et de la façon la plus utile. Le choix des sujets de ces conférences est particulièrement heureux. Il n'est pas de question nouvelle dont le maître de Bretonneau n'ait assuré une mise au point parfaite. En publiant aujourd'hui cette sixième série, M. Grenet continue après son honorariat l'enseignement de haute valeur, dont tant d'étudiants étaient heureux de bénéficier.

Le Régime des cardiaques, par M. le professeur Lian. 1942. Un volume in-8° (16,5×25,5) de 48 pages. Prix : 18 francs. J.-B. Baillière et Fils, éditeurs

Les cardiaques sont très souvent soumis à des régimes d'une sévérité inutile, voire même nocive. Telle est la notion générale qui se dégage des remarques tirées par M. Lian de sa grande expérience clinique en cardiologie.

Ainsi avant l'insuffisance cardiaque, les porteurs d'une cardiopathie valvulaire n'ont pas d'autre régime à suivre que les sujets bien portants soucieux de leur santé.

Avec l'asystolie, le régime lacté absolu n'est à employer qu'exceptionnellement. C'est le régime lacto-végétarien-fruitarien qui doit lui être préféré, car il est bon d'amener les malades à mastiquer pour favoriser la digestion, de plus ce régime permet mieux la restriction des liquides. Enfin, pour favoriser la résorption des œdèmes rebelles, il est indiqué de supprimer momentanément le lait pour accentuer la déchloruration du régime. L'hypovitaminose B1 est parfois à prendre en considération. Dès qu'une amélioration importante est obtenue, on permet la viande.

L'apparition des cardiopathies artérielles, de l'hypertension artérielle, de l'artério-sclérose, n'est pas liée à la présence de la viande dans l'alimentation. Par conséquent, il n'y a pas lieu de considérer que le régime lacté absolu ou le régime lacto-végétarien puissent guérir ces maladies ni même enrayer leur évolution.

Ces quelques notions générales donnent un aperçu de l'originalité et de l'intérêt pratique de ce petit volume consacré aux régimes des cardiaques.

Les Sulfamides en dermatologie, par Emile Bertin, professeur de clinique dermato-syphiligraphique et Claude Hurriez, professeur agrégé (Faculté de Médecine de Lille), avec la collaboration de Jean Aupetit. Un volume de 108 pages avec 19 tableaux. Prix : 40 francs. — Masson et Cie, éditeurs, Paris, 1942.

Ce livre, essentiellement pratique, intéresse aussi bien les médecins que les dermatologistes. Il indique tout le parti que l'on peut espérer tirer de la sulfamidothérapie des affections cutanées.

Les auteurs résument brièvement les résultats antérieurement obtenus et exposent plus longuement, à l'aide de tableaux clairs, les fruits d'une expérience personnelle qui a porté sur 239 cas.

Ces observations ont été recueillies dans les milieux les plus divers de novembre 1939 à mai 1942, leur total ne représentant que 6 % de plus de 4.000 dossiers qui ont été compulsés pour composer une sélection reposant sur un recrutement assez vaste pour autoriser des conclusions générales.

Les incidents de cette méthode sont sans gravité : un chapitre a été néanmoins réservé à l'étude des érythèmes de la sulfamidothérapie.

Enfin, les auteurs formulent — de façon détaillée et pratique — les règles de la sulfamidothérapie générale et locale — qui sont valables non seulement en dermatologie, mais en thérapeutique antiinfectieuse générale — c'est-à-dire que cet ouvrage s'adresse aussi bien aux praticiens qu'aux spécialistes.

Les Déficiences vitaminiques et hormonales, par Noël Fiessinger, H. Bénard, Justin-Besançon, L. Binet, G. Brouet, J. Cathala, R. Clément, Guy Laroche, F.-P. Merklen, A. Ravina, F. Thiébaut. Un volume de 290 pages, avec figures (Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu). Prix : 100 francs. — Masson et Cie, éditeurs, Paris, 1942.

Sous ce titre, le professeur Noël Fiessinger a réuni une série de conférences faites à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris. Ces conférences font le point parmi les travaux les plus récents des cliniciens, des expérimentateurs et des biologistes afin d'aider le médecin, submergé par un flot de publications et de présentations, « en lui montrant ce qu'il est indispensable de connaître... ce qu'il peut faire, ce qu'il doit faire, ce qu'il ne doit pas faire ».

Vitamine antipellagreuse et avitaminoses nicotiniques, par L. Justin-Besançon, agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, médecin des Hôpitaux et A. Lwoff, chef de service de physiologie microbienne à l'Institut Pasteur. Un volume de 286 pages avec 16 figures et 2 planches hors texte en couleurs. Prix : 90 francs. — Masson et Cie, éditeurs, Paris, 1942.

La première partie de cet ouvrage est consacrée à l'étude de la vitamine antipellagreuse.

La deuxième partie est consacrée à l'étude clinique des avitaminoses nicotiniques. Tout clinicien doit connaître leur fréquence particulièrement en ces temps de restrictions et par conséquent pouvoir en faire le diagnostic. Il vus de viande, l'alcoolisme, les troubles digesvus de viande l'alcoolisme les troubles digestifs et aussi l'extension spontanée de la maladie.

On a récemment réalisé le démembrement du syndrome pellagreux classique et l'on connaît maintenant la fréquence des formes monosymptomatiques qui ne se révèlent que par des troubles digestifs, mentaux ou cutanés, la variété des formes associées à différentes carences. On conçoit l'intérêt social énorme des formes frustes, principalement chez l'enfant et la femme enceinte.

Des chapitres spéciaux sont consacrés à l'anatomie et à la physiologie pathologiques, à la pharmacodynamie de l'acide et de l'amide nicotiniques, et enfin à la thérapeutique nicotinique dans les avitaminoses et en dehors des carences.

Technique des opérations plastiques sur la vessie et sur l'urètre, par G. Marion, professeur honoraire de clinique urologique, membre de l'Académie de Médecine et de l'Académie de Chirurgie, et Jean Pérard, ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris. Un volume de 212 pages, avec 154 figures. Prix : 85 francs. — Masson et Cie, éditeurs, Paris, 1942.

Quelles sont les raisons qui ont motivé ce livre? Le professeur Marion l'écrit au début de sa préface : « Les opérations plastiques sont, sans contredit, les plus délicates de la chirurgie. Il est facile de supprimer partie ou totalité d'un organe ou d'un membre ; il est toujours difficile de corriger une difformité ou une infirmité. Il faut, pour les réussir, non seulement adresse, mais encore expérience. Les opérations plastiques de la chirurgie urinaire ne font pas exception à la règle. C'est pourquoi j'écris ce livre. »

L'auteur du « Traité d'Urologie », ce magistral ouvrage que quatre éditions ont répandu dans le monde entier, a imaginé un certain nombre de procédés aujourd'hui adoptés. Ce sont ces interventions plastiques sur la vessie et sur l'urètre qu'il décrit dans ce livre avec la plus grande minutie, insistant non seulement sur des détails de technique, mais aussi sur les détails des soins postopératoires si importants pour la réussite de l'opération.

Les Calculs de l'uretère, par Pierre Macquet. Préface du professeur G. Potel. Un volume de 190 pages, avec 22 figures. Prix : 45 francs. Masson et Cie, éditeurs.

Depuis vingt ans, les publications relatives à la lithiase uretérale, sont innombrables tant en France qu'à l'étranger. Les perfectionnements de la technique radiologique, les procédés nouveaux d'extraction du calcul par les voies naturelles devaient, en effet, placer l'obstruction lithiasique de l'uretère au premier plan de l'actualité urologique.

Dans tous ces matériaux accumulés, il convenait d'apporter un peu d'ordre et quelque discrimination en procédant à une étude d'ensemble et à une mise au point indispensable.

C'est ce que vient de réaliser le Dr Macquet en un livre clair, accueillant et richement illustré, basé sur 150 observations recueillies dans la littérature contemporaine et sur l'apport original de 27 cas personnels ou inédits.

Cet ouvrage s'inspire essentiellement des deux propositions formulées par le professeur Jeanbrau :

« Tout calcul arrêté dans l'uretère poursuit fatalement la destruction du rein qui l'a formé. »

« L'extraction des calculs de l'uretère s'impose plus systématiquement et plus hâtivement que celle des calculs du rein. »

Ce travail pourrait donc se résumer en quelques mots : le calcul du rein souvent peut attendre. Celui de l'uretère n'attend pas. Le diagnostic doit être rigoureux et précoce, l'intervention libératrice hâtive et judicieusement choisie.

L'auteur conclut : « Les moyens endoscopiques sont prometteurs. Ils tiennent peu. Par surcroît, ils sont souvent dangereux. Après repérage et localisation exacte du calcul, il ne faut pas s'attarder aux moyens d'expulsion par les voies naturelles, il faut pratiquer l'urétérolithotomie souvent plus anodine que la sonde à demeure ! »

Pour chaque cas particulier, la voie d'abord est précisée avec toute la clarté désirable.

Une riche documentation bibliographique facilitera les recherches de ceux qui s'intéressent à la question.

CHRONIQUE

Le troisième anniversaire de la mort d'Edouard Branly

Une cérémonie très simple, très intime et très touchante, s'est déroulée le mercredi 24 mars, dans la chambre même où, voici trois ans, à la même date, mourait Edouard Branly. De cette chambre, Mme Tournon-Branly a fait une sorte de sanctuaire de la piété filiale où, dominés par le buste du grand savant, sont réunis de très nombreux souvenirs. A côté d'objets familiers, dont certains remontent jusqu'à son enfance, on voit figurer des travaux divers, des notes manuscrites, des lettres, les deux diplômes émanant de l'Ecole normale et de l'Ecole polytechnique, et aussi la thèse pour le doctorat en médecine, passée par Edouard Branly, le 29 juin 1882, car il fut l'un des nôtres. Et n'oublions pas plusieurs croquis, dus à Mme Elisabeth Tournon-Branly qui est, nul ne l'ignore, une remarquable professionnelle du crayon et du pinceau.

Déjà, l'an dernier, le professeur Vincent et le regretté chanoine, Henri Colin, avaient commémoré, en présence de quelques amis, le second anniversaire de la mort de Branly. Cette année, c'est l'*Union Médicale Latine*, l'*Umfia*, qui a pris l'initiative de la commémoration et, certes, notre cher Dartigues, l'inoubliable fondateur de l'*Umfia* eût été heureux de venir rendre hommage à la mémoire de l'illustre savant qui, sur sa prière, voulut bien être, dès le début, notre président d'honneur.

Notre président fondateur actuel, le docteur Bandelac de Pariente, étant tenu éloigné de nous momentanément par son état de santé, c'est le professeur Cunéo qui, dans ce petit temple du souvenir, a pris la parole au nom de l'*Umfia*. Il l'a fait avec la sobriété et la simplicité qui convenaient en parlant d'un esprit demeuré si constamment modeste dans son haut devoir et son universelle célébrité. Il a naturellement rappelé la part très considérable que les fameuses expériences de Branly ont eue dans la découverte du principe de cette télégraphie sans fil, qui a transformé la vie du monde, expériences dont l'instrument original figure, en place d'honneur, dans l'émouvant petit musée où nous étions réunis. Et, sans insister sur des discussions récentes, il était indispensable que le professeur Cunéo citât intégralement le télégramme expédié par sans-fil à Branly par M. Marconi le 28 mars 1899 : « M. Marconi envoie à M. Branly ses respectueux compliments à travers la Manche, ce beau résultat étant dû en partie aux remarquables travaux de M. Branly ». Ce message péremptoire honore également les deux grands physiciens.

Autour de Mme Tournon-Branly et de son frère, M. Etienne Branly, inspecteur général des finances, se pressaient, pour ce pieux hommage, de nombreuses personnalités du monde médical. L'Académie de médecine et la Faculté étaient représentées par les professeurs Cunéo, Lereboullet, Laignel-Lavastine et Harvier, et MM. Bourguignon, Louis Bazy, Julien Huber, Vinchon, Rivière, Paul Albert, Julien Noir, Marceron, Guibert, Armaingaud, Chauvois, et d'autres encore. Beaucoup d'entre eux, d'ailleurs, font partie de l'*Umfia* à des titres divers, et la représentaient, de même que le signataire de ces lignes.

En terminant son allocution, le professeur Cunéo a exprimé, au nom de l'*Umfia*, le vœu que la même date du 24 mars voie chaque année une cérémonie analogue, dans le même lieu, et chaque fois sous les auspices d'une société ou d'un groupement scientifiques. Il est certain que ce vœu sera entendu.

Docteur GAULLIEUR L'HARDY,
Vice-président fondateur de l'*Umfia*.

Leçon inaugurale du professeur Lian

Le 20 mars, la première leçon du professeur Lian, nommé à la chaire d'histoire de la médecine, avait attiré dans le grand amphithéâtre de la faculté la foule dense de ses collègues, de ses amis et de ses élèves.

Le professeur Lian fut particulièrement applaudi lorsqu'il évoqua de façon charmante et non sans émotion sa Bourgogne natale. Il exprima au professeur Sergent, dont il fut l'interne provisoire, sa grande admiration et sa profonde affection, le remerciant de l'avoir orienté dans la voie des concours. Il témoigna sa reconnaissance à ses maîtres Avirагnet, Oulmont, Barié, de Massary, Teissier, Jeanselme, Debove, Castaigne et aussi à ses malades qui « en piquant sa curiosité, l'encouragèrent dans un labeur incessant pour faire progresser la science médicale ».

Si l'exercice de la médecine est un art, la médecine est bien, en effet, une science « la plus difficile, car on est en présence d'expériences spontanées dont il faut débrouiller l'écheveau, et la plus belle puisque son but est de prévenir, de soulager et même de faire disparaître la souffrance humaine ».

Dans la chaire où il succède aux professeurs Laignel-Lavastine et Lévy-Valensi, le professeur Lian s'attachera surtout à l'histoire de la cardiologie en insistant sur les travaux récents qui en couronnent l'édifice. Nous sommes certains que le nouveau maître obtiendra auprès des étudiants le succès que mérite la qualité de son enseignement.

M. L. S.

Ordre des médecins

Le conseil départemental de la Seine de l'Ordre des médecins fait connaître à tous les confrères du département qu'il sera possible, pour l'année 1943-1944 de délivrer à certaines personnes atteintes d'affections chroniques ou d'infirmités exigeant des soins spéciaux (lavages de pansements, de plaies, lessivages de linge, etc...) des certificats médicaux destinés à leur faire octroyer une allocation trimestrielle de 50 kilos de charbon. Afin de respecter le secret professionnel, le répartiteur du charbon a accepté le principe du contrôle, par l'Ordre, des certificats médicaux qui seront ainsi délivrés. Les médecins sont donc priés d'établir deux certificats, l'un purement administratif, l'autre portant mention du diagnostic et destiné au seul Conseil de l'Ordre et les faire déposer, 242, boulevard Saint-Germain, Paris-7e.

Le Conseil de l'Ordre.
30 mars 1943.

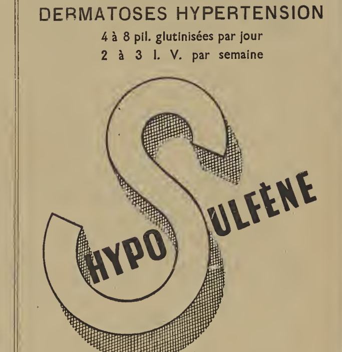
Nécrologie

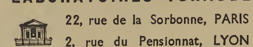
On annonce le décès, à Paris, de Mme A. Florand, veuve du Dr A. Florand, médecin des hôpitaux de Paris ; mère du Dr Jacques Florand et belle-mère du Dr Henri Flurin (de Cauterets).

— Nous apprenons la mort survenue à Paris, à l'âge de 50 ans, du Dr Etienne Piot, médecin électro-radiologiste de l'hôpital Bretonneau, chevalier de la Légion d'honneur, croix de guerre 14-18.

Le directeur-gérant : Dr François Le Sourd Autorisation 83 I. P., 16, rue du Croissant, E. Delion, imp.


RHINAMIDE
CHIMIOTHÉRAPIE
sulfamidée locale des infections bactériennes, aiguës et chroniques du
RHINO-PHARYNX
CORYZAS — RHINITES
ADÉNOIDITES — GRIPPE
RÉACTIONS SINUSIENNES
PROPHYLAXIE ET TRAITEMENT DES INFECTIONS ÉPIDÉMIQUES
en
instillations et pulvérisations fréquentes
Laboratoires A. BAILLY (SPEBA)
15, r. de Rome et r. du Rocher, 15 - PARIS-8°
P E S B A
A·BAILLY


HYPO SULFÈNE



N° 9. — 1er MAI 1943 116e ANNEE Ce numéro : 2 francs.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT : Un an France et Colonies, 75 fr. Etudiants, 40 fr. Etranger : 1re zone, 110 fr., 2e zone, 125 fr. Chèques postaux Paris 2538-76

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

POUR NOS ABONNÉS DE LA ZONE NON OCCUPÉE, adresser renouvellements et toutes communications aux Messageries Hachette, 12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône) *Chèques postaux : Lyon 218* (Service *Gazette des Hôpitaux*)

Bi-hebdomadaire paraissant provisoirement deux fois par mois

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris

Concours de médecin des hôpitaux (1943). — ÉPREUVE SUR TITRES. — Classement des candidats : 1. Netter (20) ; 2. Brocard (20) ; 3. Rambert (20) ; 4. Fauvert (20) ; 5. Cachin (20) ; 6. Salles (20) ; 7. Laplane (20) ; 8. Debray (20) ; 9. Brouet (20) ; 10. Turiaf (20) ; 11. Bolgert (20) ; 12. Thiefry (20) ; 13 ; De Graciansky (20) ; 14. Mahoudeau (20) ; 15. Conte (20) ; 16. Deparis (20) ; 17. Dugas (20) ; 18. Lafitte (20) ; 19. Rossier (19,5) ; 20. Bouvrain (19,5) ; 21. Grossiord (19,5) ; 22. Duperat (19,5) ; 23. Pécher (19,5).

Pourront prendre part aux épreuves d'admission au premier concours de nomination de médecin des hôpitaux 1943, ouvert pour trois places, MM. les Docteurs : Netter, Brocard, Rambert, Fauvert, Cachin Marcel, Salles, Laplane, Debray, Brouet, Turiaf, Bolgert, Thieffry, de Graciansky, Mahoudeau, Conte, Deparis, Dugas, Lafitte.

Jury des épreuves d'admission : Mme le Docteur Bertrand Fontaine, MM. les Docteurs Garcin, René Bénard, Ribadeau-Dumas, Aubertin, Célice, Lelong, Flandin, Lœper, Faroy, Bariéty, Touraine.

Concours de chirurgien des hôpitaux. — ADMISSIBILITÉ, ÉPREUVES CLINIQUES. — Classement des candidats : MM. les Docteurs : 1. Poilleux (39) ; 2. Aboulker (37) ; 3. Billet (37) ; 4. Vuillième (36) ; 5. Calvet (36) ; 6. Dufour (35) ; 7. Roux (35) ; 8. Léger (35) ; 9. Cauchois (34) ; 10. Mathey (34) ; 11. Lortat-Jacob (33) ; 12. Chigot (32).

Les quatre candidats ayant totalisé le plus grand nombre de points sont déclarés admissibles : MM. les Docteurs : Poilleux, Aboulker, Billet, Vuillième.

La prochaine séance consacrée à l'épreuve thérapeutique clinique aura lieu le lundi 3 mai 1943, à 16 h. 30, à l'hôpital Tenon.

Un concours pour deux places de prosecteur à l'Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, vacantes l'une le 1er novembre 1943, la deuxième le 1er novembre 1944, s'ouvrira le 21 juin 1943. Inscriptions du 27 mai au 4 juin à l'Administration Centrale, 3, avenue Victoria (bureau du Service de Santé).

Un concours pour deux places d'aides d'anatomie à l'Amphithéâtre des hôpitaux, vacantes la première le 1er novembre 1943, la deuxième le 1er novembre 1944, s'ouvrira le 31 mai 1943. Inscriptions du 10 mai au 18 mai 1943.

Pour les inscriptions et les renseignements concernant ces deux concours, s'adresser à l'Administration Centrale, 3, avenue Victoria (bureau du Service de Santé).

Concours pour une place d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux. — Jury : MM. Chatellier, Ombredanne, Grivot, Le Mée, Rouget, Huet, Hautant, oto-rhino-laryngologistes ; Lelong, médecin ; Fèvre, chirurgien.

Concours pour huit places d'assistant d'électro-radiologie des hôpitaux. — Jury : MM. Belot, Dariaux, Delherm, Guilbert, Busy (Jacques), Ordioni, Desgrez, électro-radiologistes ; Heuyer, médecin ; Braine, chirurgien.

Hospice départemental Paul-Brousse. — Un concours pour la nomination d'internes en médecine à l'hospice Paul-Brousse, à l'Institut du Cancer et à la Maison de Retraite de Villejuif, et éventuellement la désignation d'internes provisoires, s'ouvrira le 21 juin 1943. Pourront prendre part au concours : 1° les élèves externes des hôpitaux de Paris ; 2° les étudiants en médecine possédant dix inscriptions de doctorat.

Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine, Service de l'Assistance Départementale, 1er Bureau, annexe Lobau, escalier A, 2e étage, pièce 233, dimanches et fêtes exceptés, de 10 heures à 12 heures et de 14 heures à 17 heures, du 3 mai au 15 mai inclus.

Tous renseignements concernant les natures et épreuves du concours et la situation des internes à l'hospice Paul-Brousse sont dès à présent fournis en s'adressant au Service des Etablissements départementaux d'assistance.

Hospice national des Quinze-Vingts. — Un concours pour une place de médecin ophtalmologiste adjoint à la Clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts s'ouvrira le mardi 11 mai 1943, à 9 heures du matin, rue Moreau, n° 13. Inscriptions au Secrétariat de l'hospice, 28, rue de Charenton, à Paris (12e), tous les jours, sauf les samedis et les jours fériés, de 9 à 11 heures et de 16 à 18 heures, jusqu'au vendredi 30 avril 1943.

Hôpitaux de Province

Hospices civils de Brest. — Des concours pour la nomination : d'un médecin suppléant (médecine générale) ; d'un médecin accoucheur suppléant ; d'un chirurgien suppléant (chirurgie générale) ; d'un chirurgien titulaire et d'un chirurgien suppléant (oto-rhino-laryngologie), auront lieu courant juillet 1943 à l'Hôtel-Dieu de Rennes.

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétariat des hospices de Brest.

Faculté de Médecine de Paris

Examens pour le certificat et le diplôme de radiologie. — Les inscriptions pour ces examens auront lieu au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4) les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures, du 14 au 17 avril et du 3 au 6 mai.

MM. les Candidats au diplôme sont priés de s'inscrire aux dates indiquées ci-dessus, en déposant leur travail. Ils seront convoqués individuellement.

La date des examens est fixée au samedi 15 mai.

Laboratoire d'anatomie pathologique. — Le cours de technique et diagnostic anatomo-pathologique, annoncé pour le lundi 10 mai 1943, est reporté au lundi 31 mai 1943, à 14 heures, dans les locaux du Laboratoire d'anatomie pathologique, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine, escalier B, 3e étage.

Liste des prix à décerner en 1943. — Ces prix sont destinés à récompenser des travaux scientifiques (ouvrages, thèses, etc.) publiés jusqu'en 1942 :

Prix Barbier (3.000 francs). Prix en faveur de la personne qui inventera une opération, des instruments, des bandages, des appareils ou autres moyens mécaniques reconnus d'une utilité générale et supérieure à tout ce qui a été employé et imaginé précédemment (inscription jusqu'au 15 mai 1943).

Prix Bernheim (800 francs). — Récompense de la meilleure thèse de doctorat sur la tuberculose (étudiant français, russe ou polonais) (inscription jusqu'au 15 mai 1943).

Prix Châteauvillard (2.000 francs). — Meilleur travail sur les sciences médicales imprimées au cours de l'année précédente (thèses et dissertations inaugurales admises) (inscription jusqu'au 15 mai 1943).

Prix Deroulède (900 francs). — Récompense de travaux ayant trait à l'étude du cancer (inscription jusqu'au 15 mai 1943).

Prix Desmazes (1.600 francs). — Récompense du meilleur traité sur la grippe (inscription jusqu'au 15 mai 1943).

Prix Gérard Martinet (2.800 francs). — Prix à un étudiant pourvu de 12 inscriptions au moins, poursuivant des recherches pour découvrir un médicament, sérum, etc..., susceptibles d'atténuer, en France, les ravages causés par les maladies contagieuses (inscription jusqu'au 15 mai 1943).

Prix Jeunesse (2.000 francs). — Prix au meilleur ouvrage sur l'hygiène (inscription jusqu'au 15 mai 1943).

Prix Leri (1.300 francs). — Prix à un auteur de nationalité française pour le meilleur travail sur les affections des os et articulations publié au cours de l'année 1940 (inscription jusqu'au 15 mai 1943).

Prix Monthyon (2.300 francs). — Récompense du meilleur ouvrage sur les maladies prédominentes en 1940 (inscription jusqu'au 15 mai 1943).

Prix Rigout (600 francs). — Récompense de la meilleure thèse de chimie biologique, physiologique ou bactériologique (inscription jusqu'au 15 mai 1943).

Prix Léon Frey (5.000 francs). — Récompense du meilleur mémoire sur la stomatologie (inscription jusquau 15 mai 1943).

Prix Levy-Frankel. — Récompense à un élève méritant de la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu (inscription jusqu'au 15 mai 1943).

Prix Segond (5.000 francs). — Bourses à des internes ayant fait leurs preuves qui préparent le concours de l'adjuvat ou qui ont obtenu le titre d'aide d'anatomie (inscription jusqu'au 15 mai 1943).

Prix Sicard (20.000 francs). — Un ou deux prix dans le but de diffuser des recherches médicales, soit par travail de laboratoire (cours, publications), soit par des voyages d'études (séjour dans un laboratoire ou service déterminé en France ou à l'étranger (inscription jusqu'au 15 mai 1943).

Pour mémoire (Prix de 1940-1941) non attribués) :

Prix Deroulède 1941 (900 francs). — Récompense de travaux ayant trait à l'étude du cancer.

Prix Desmazes 1941 (1.600 francs). — Récompense du meilleur traité sur la grippe.

Prix Legroux 1940 (2.000 francs). — Meilleur travail sur le diabète, ses causes, son traitement.

La demande d'inscription établie sur timbre à 6 fr. accompagnée du travail à récompenser devra parvenir à M. le Doyen de la Faculté, au plus tard à la date fixée ci-dessus.

Facultés de Médecine de Province

Faculté de Lille. — M. Dehay, agrégé, est nommé, à titre provisoire, professeur de botanique, en remplacement de M. Morvillez, décédé.

Faculté de Lyon. — La chaire de médecine légale de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de l'Université de Lyon prendra, à dater du 1er avril 1943, le titre de chaire de médecine légale et médecine du travail.

Faculté de Médecine de Marseille. — M. Morin, agrégé près la Faculté de Lyon est nommé, à titre provisoire, à dater du 1er avril 1943, professeur de physiologie à la Faculté de Marseille, en remplacement de M. Malméjac, transféré à Alger.

Faculté de Montpellier. — M. le Professeur Lapeyre est transféré de la chaire de gynécologie dans la chaire de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Riche, retraité.

Faculté de Toulouse. — M. Vincent, agrégé, est nommé, à titre provisoire, professeur titulaire de la chaire de matière médicale, en remplacement de M. Maurin, retraité.

Légion d'honneur (Marine). — Ont été inscrits au tableau spécial : pour le grade de commandeur : M. le médecin général de 2e classe Hédérer ; pour le grade de chevalier, M. le médecin de 1re classe Merveille.

Guerre. — Chevalier à titre posthume : M. le médecin sous-lieutenant Hébert (groupe sanitaire divisionnaire n° 53).

Santé Publique

Dans les grands conseils. — Le *Journal Officiel* du 7 avril 1943 publie un décret n° 763, du 25 mars 1943. Ce décret modifie et étend la composition du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, du Conseil permanent d'hygiène sociale et du Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine.

Commission de l'inspection des pharmacies. — Un arrêté en date du 11 mars 1943 fixe ainsi la composition de la Commission : président, M. le Docteur Aublant, conseiller d'Etat, secrétaire général à la Santé ; membres, MM. les Professeurs Damiens, Janot, MM. Papillaud, Baetz, Maxime Vaillant, Lantenois, Grégoire, Volckringen, Lormand, Collesson, Mestre et Wilson-Carli.

Organisation du Centre de préparation des monitrices du service social. — Un arrêté en date du 10 mars 1943, paru au *Journal Officiel* du 4 avril 1943, est relatif à l'organisation du Centre prévu par le décret du 11 juillet 1942 pour la préparation du diplôme d'Etat de monitrice de service social. Un arrêté daté du 25 mars 1943 donne la direction de ce Centre à M. le Professeur Jacques Parisot.

Médecins inspecteurs de la Santé. — Sont inscrits sur la liste d'aptitude aux fonctions de médecins inspecteurs de la santé les médecins inspecteurs adjoints dont les noms suivent : MM. les Drs Abbal, Alaroze, Ameur, Bataillon, Mme Claveau, MM. Dainville de la Tournelle, Dufour, Gibelin, Giraud, Guiol, Jaujou, Maret, Montagnol, Mlle Mouton-Chapat, MM. Paimblant, Phelippeau, Porte, Mlle Roubert, MM. Susini, Vernus, Violet, Wolff.

Le *Journal Officiel* du 15 avril 1943 publie le décret n° 951, du 12 avril 1943, modifiant le décret du 28 décembre 1938 concernant le recrutement et le statut des **médecins du cadre des hôpitaux psychiatriques** de la Seine.

L'Assistance de l'Enfance. — Le *Journal Officiel* du 21 avril 1943 publie la loi n° 182, du 15 avril 1943, relative à l'assistance de l'enfance.

Sont placés sous la protection du service de l'assistance à l'enfance les mineurs dont le lien familial n'est pas rompu totalement, à savoir : les enfants surveillés, secourus, recueillis temporairement, en garde.

Sont placés sous la tutelle du service de l'assistance à l'enfance et dénommés pupilles de l'Etat, les enfants trouvés, abandonnés, pauvres, sans soutien, maltraités, délaissés, ou moralement abandonnés.

Les titres suivants sont relatifs : à la prévention des abandons, à l'assistance et aux pupilles de l'Etat (tutelle, placement et surveillance, rééducation) ; aux enfants protégés ; à l'organisation administrative des services de l'assistance à l'enfance (organisation régionale, personnel tenu au secret professionnel) et enfin aux dispositions financières (obligation alimentaire, constitution des dots de mariage).

Une statistique de la mortalité des enfants protégés ou en tutelle sera établie chaque année par le secrétaire d'Etat à la Santé.

Sanatoriums. — Un **concours** pour le recrutement de huit médecins adjoints des sanatoriums publics s'ouvrira le 7 juin 1943 au secrétariat d'Etat à la Santé. Les inscriptions seront closes le 15 mai 1943.

Les candidats non admis dans le cadre des médecins des sanatoriums publics pourront être inscrits par le jury dans la liste d'aptitude à l'emploi de médecins des dispensaires antituberculeux.

Les chirurgiens agréés pour pratiquer, dans les sanatoriums publics, les opérations de chirurgie pulmonaire ou osseuse, et les médecins agréés pour pratiquer les sections de brides, sont priés de faire connaitre au secrétariat d'Etat à la Santé (direction de la Santé, 4e bureau) leur adresse actuelle et, le cas échéant, leur changement d'adresse ultérieur.

M. le Dr Brenugat, nommé médecin adjoint au sanatorium de la Meynardie, et non installé, est nommé médecin adjoint au sanatorium de la Grolle, Saint-Bernard (Charente).

Mlle le Dr Nigoul, médecin adjoint, est détachée pour cinq ans en qualité de médecin des dispensaires antituberculeux de Tarn-et-Garonne.

M. le Dr A. Perrier, médecin adjoint au Sanatorium départemental du Rhône, à Saint-Hilaire-du-Touvet (Isère), a été nommé médecin-chef au Sanatorium de Lay-Saint-Christophe (Meurthe-et-Moselle).

Voir la suite des Informations page 140

ORDRE DES MEDECINS

Elections du Conseil départemental de la Seine

Inscrits : 5.332. — Votants : 3.928

Elus : 1re section, membres titulaires : MM. les Docteurs Balthazard, Harvier, Fiessinger, Lafay, Piédelievre, Oberlin.

Membres suppléants : Sorrel, Devé, Cathala.

2e section, membres titulaires : MM. les Docteurs Tissier-Guy, Milian, Coutelas, Lemierre, Bonnet-Roy, Moreau.

Membres suppléants : Robert, Rimé, Degos.

3e section (banlieue), membres titulaires : MM. les Docteurs Cayla, Duvelleroy, Vaslin, Pinel, Yoyotte, Barthe.

Membres suppléants : Malègue, Huet, Brégier.

Bureau. — Le 17 avril, le nouveau Conseil départemental de la Seine a élu son bureau. Ont été nommés : président, M. le Professeur Balthazard ; vice-présidents, MM. Tissier-Guy et Duvelleroy ; secrétaire général, M. Lafay ; secrétaire général adjoint, M. Vaslin ; trésorier, M. Yoyotte.

Elections du Conseil départemental de Seine-et-Oise

Titulaires : MM. Hollier, Epinay-sur-Orge ; Larget, Saint-Germain-en-Laye ; Remilly, Versailles; Humbel, Poissy ; Mackiewicz, Juvisy-sur-Orge ; Ducuing, Versailles ; Breton, Pontoise ; Aumont (P.), Versailles ; Bisot (André), Forges-les-Bains) ; Grenier, Maisons-Laffitte ; Butin, Pontoise ; Lebel, Mantes-la-Ville.

Suppléants : MM. Reverdy, Pontoise ; Lumière, Argenteuil ; Thiel, Montgeron.

Elections du Conseil départemental de Seine-et-Marne

Titulaires : MM. Tixier, Rebais ; Puig, Choisy-en-Brie ; Philardeau, Fontainebleau ; Delavierre, Meaux ; Battesti, La Chapelle-la-Reine ; Simon, Couilly-Pont-aux-Dames ; Fontaine, Melun ; Paley, Tournan ; Beau, Montereau.

Suppléants : MM. Dufour, Meaux ; Alleaume, Coulommiers ; Rasse, Fontainebleau.

Conseil départemental de la Seine

Le Conseil départemental de la Seine de l'Ordre des Médecins sortant est heureux d'annoncer que grâce à une nouvelle réglementation en cours, le Corps Médical du département de la Seine peut espérer obtenir une augmentation du contingent de ses S. P.

Renseignements

Maison de Santé médicale et de Convalescence demande jeune étudiant pour fonctions interne. Ecrire pour renseignements Dr Meuriot, Château du Bel-Air, à Villeneuve-Saint-Georges (Seine-et-Oise).



REVUE GENERALE

L'Evolution du Traitement du Cancer mammaire

Par le professeur Mériel, de Toulouse

Il y a une vingtaine d'années environ l'objet de cet article aurait paru inutile, tant était solidement établie la pratique de l'extirpation large du sein cancéreux par le procédé de Halsted, plus ou moins amplifié. Cependant le recul du temps permet actuellement de faire le point sur la valeur de cette thérapeutique en considérant si les résultats éloignés ont répondu aux efforts de la technique. Des voix autorisées, à Paris et en province, viennent de faire connaître avec sincérité le nombre et la durée des survies obtenues par l'extirpation seule ou associée au traitement par les agents physiques (radium, rayons X). L'heure semble donc venue d'une mise au point exacte des échecs et des succès, pour guider notre conduite pour l'avenir. En effet, depuis que, en 1894, Halsted et Willy Meyer ont fait connaître la technique que tous ont adoptée pour l'extirpation du sein cancéreux, quarante-huit ans se sont écoulés, et ce délai permet de porter un jugement sur la valeur d'une technique. Assurément, tous les cas opérés au début de cette période ne sauraient être assimilés à ceux soignés dans ces dernières années après une sélection plus judicieuse et surtout pourvus d'un contrôle histologique indiscutable. Tous les cas qui ne possèdent pas cette référence doivent, par conséquent, être exclus de l'enquête.

L'appréciation des résultats éloignés, c'est-à-dire l'absence de récidive locale ou de métastase doit être établie sur un laps de temps plus élevé que celui fixé par la loi des trois ans, selon Volkmann. On s'accorde actuellement à reporter cette limite à cinq années : passé ce terme, la survie sans récidive appréciable redevient valable.

J. Quénu, pour qui la constatation clinique d'une adénopathie axillaire est la clé du pronostic, trouve dans sa statistique :

1° 11 cas de tumeur localisée sans adénopathie perceptible : 70 % de survie au bout de cinq ans ;

2° 72 cas de tumeur adhérente à la peau et au grand pectoral, avec ganglions axillaires perceptibles, donnent 22 % de survie dans le même délai ;

3° 4 cas de tumeur ulcérée avec adénopathie susclaviculaire donnent des survies de trois ans, dix-huit mois, six mois ; une mort au bout de quatre ans.

Mais si on complète ces données de l'examen clinique par celles de l'examen histologique des ganglions, on constate que si les ganglions sont cancéreux, la proportion de survie au bout de trois ans est de 36 %, mais qu'au bout de cinq ans, elle tombe à 0 %. Si les ganglions ne sont pas cancéreux, les proportions se relèvent à 85 % au bout de trois ans, et 75 % au bout de cinq ans.

Il est donc indiscutable que l'élément essentiel du pronostic sera l'envahissement ganglionnaire. Par suite, plus précoce sera la constatation de l'adénopathie imposant l'opération, meilleures seront les séries du pronostic. A la Mayo-Clinic, elles sont passées en 1907 et 1911 de 40 à 53 % ; toutefois, il ne s'agissait que de survies trois ans après l'opération. De tous ces chiffres, il résulte de ce premier fait que le nombre des survies de cinq ans au moins après l'opération (les seules qui nous intéressent) n'a pas, sauf dans la statistique de Gosset et d'Imbert, augmenté de façon bien sensible en dépit de l'extension de la technique de Halsted.

Les opérées récidivant dans les ganglions (20 % Ducuing et Grimoud) il importe pour le pronostic de l'adénopathie cancéreuse reconnue au microscope dans le cancer du sein, déclare Desmarest, que tous les ganglions axillaires doivent être examinés un par un, afin de déterminer leur degré d'envahissement ainsi que leurs modalités histologiques.

S'il est ainsi prouvé, ajoute Desmaret, que la « large amputation du sein, lorsque les ganglions sont néoplasiques, entraîne une survie limitée, si des statistiques bien étudiées sur des malades suivies, montrent que souvent 70 % des malades ont récidivé dans les deux premières années, on est autorisé, pour la question de l'opportunité du traitement chirurgical dans le cancer du sein, avec métastase ganglionnaire, à considérer comme inutile la large mutilation et l'évidement axillaire poussés à leurs extrêmes limites ».

Par contre, si on recherche quelle est la durée moyenne de la vie d'une femme atteinte d'un cancer du sein qu'on n'opère pas, on constate en pareil cas, d'après Daland (de Boston), que sur 100 cas la durée moyenne était de trente à quarante mois, soit entre deux ans et demi et trois ans. « N'ai-je pas le droit de dire, conclut Desmaret, que dans un nombre important de cas, le chirurgien abrège la vie des malades qui viennent lui demander de les guérir ? » Ce pessimisme lui est inspiré par sa statistique personnelle. Sur 147 cas suivis, il arrive à un total de 25 survies s'opposant à 76 décès ; 31 malades ont succombé à la fin de la seconde année, 16 autres ont vécu trois ans, ce qui donne 47 opérées qui n'ont pas bénéficié de l'acte chirurgical. Sur les survies, 11 avaient une métastase ganglionnaire, desquelles 4 ne vivent que depuis 2 ans et 3 sont actuellement sans récidive. En définitive, il reste 8 malades qui ne paraissent pas avoir récidivé, soit une moyenne de 17 % de succès (Desmaret).

Nous voici loin de l'enthousiasme du début. Le Dentu, en 1901, Chavanas et moi-même en 1903, dans nos livres parus successivement à l'époque (1) et qui reflétaient ce sentiment, donnions des proportions de succès immédiats plus encourageantes. Nous manquions évidemment du recul du temps pour parler avec équité de résultats durables. Forgue, au Congrès de Chirurgie de 1921, rapporte que sur 115 de ses opérées ayant dépassé la troisième année, 19 ont succombé déjà dès la quatrième année avec récidives retardées. Il faut en déduire que la chirurgie seule, si radicale qu'elle prétende être, n'a pas amélioré les résultats en proportion des efforts déployés.

⁂

La radiothérapie ou la curiethérapie seules ont-elles fait mieux ? « Nous ne connaissons pas de cas où les rayons X seuls aient eu une action efficace réelle », répond Ducuing (2). Aux prétendues guérisons, il manque, fait-il judicieusement remarquer, le contrôle histologique, ainsi que le recul du temps, comme il existe dans les statistiques des opérations chirurgicales. Il en est de même pour la curiethérapie seule.

Par contre, l'association radio-chirurgicale mérite toute notre attention.

Une première discrimination est à faire entre les cas dits localement favorables, c'est-à-dire sans adénopathie appréciable ou avec adénopathie limitée, les seuls que nous voulions envisager ici et les cas dits défavorables avec grosse adénopathie et extension locale manifeste, pour lesquels l'intervention chirurgicale et radiothérapique associées ont des effets plus problématiques et qui forment limite avec les cas inopérables.

Dans les cas dits favorables que vaut, par les résultats déjà connus, l'association radio-chirurgicale ? Le fait certain est d'abord qu'il s'en faut de quelques années encore pour pouvoir parler de ce que l'on considère comme guérison du cancer mammaire ; il n'y a pas, en effet, vingt ans qu'on pratique cette méthode thérapeutique. Mais il est des arguments théoriques qui militent en sa faveur. On avait déjà remarqué que l'évolution du cancer était commandée par la défense organique générale d'une part et par la nature même de la tumeur d'autre part. L'âge lui-même imprime une évolution plus rapide chez des sujets jeunes que chez des vieillards. Cette évolution lente chez ceux-ci s'explique par ce que le squirrhe est un tissu fibreux de défense qui gêne le développement des cellules cancéreuses. Cette fibrose bloque l'élément lymphatique, « isole la tumeur qui devient une sorte de parasite vivant d'une vie ralentie que supporte l'organisme des vieillards » (Desmarest).

A ce premier fait de la réaction conjonctive qui tend à isoler le noyau cancéreux vient s'ajouter la notion connue que les ganglions inflammatoires ou scléreux sont un mauvais terrain pour la cellule métastatique cancéreuse, puisqu'on n'a pas trouvé, en général, de colonies cancéreuses dans les ganglions atteints d'inflammation chronique. De là, l'idée de créer artificiellement cette barrière défensive contre l'extension du mal. Au lieu de provoquer cette réaction fibreuse par des infections lymphatiques légères, il a paru plus pratique de demander à la radiothérapie pré-opératoire de réaliser cette sclérose fibreuse, diminuant l'apport sanguin pour anémier la tumeur et enserrant la voie lymphatique dans le tissu scléreux. Cette méthode sclérosante est depuis de longs mois réalisée systématiquement à l'Institut du Cancer à Villejuif, comme en témoigne Mme Simone Laborde et le Dr Redon (communication personnelle) dans tous les cas de diagnostic évident. On ne l'appliquera pas, bien entendu, dans les cas où le diagnostic doit être confirmé par un examen histologique, extemporané si possible. Dans les cas très avancés, avec gros envahissement ganglionnaire et péri-adénite, cette radiothérapie pré-opératoire facilite au contraire l'opération et augmente, disent les auteurs, les chances de non-récidives.

De semblables tentatives se retrouvent à l'étranger. Liégard y soumet ses malades, et Sluys (de Bruxelles) (3), s'en déclare également partisan. Il n'apporte pas de statistique, mais dans six ans, il n'aurait observé que trois récidives *in situ*. Cette radiothérapie pré-opératoire a été au début rejetée, en disant d'abord qu'elle retardait l'acte opératoire, qui est le principal dans ce traitement, et ensuite qu'elle n'était pas toujours inoffensive. On lui a reproché de créer des adhérences comme dans les fibromes utérins, qui pourraient plus tard gêner l'acte opératoire.

Huguet (de Marseille) (4) remarque avec plaisir que la plupart des chirurgiens sont revenus de leurs idées préconcues, au moins dans les radiothérapies bien conduites. Il préconise la radiothérapie pré-opératoire parce que les territoires lymphatiques soigneusement irradiés lui ont paru moins souvent le point de départ de récidives.

Voici d'ailleurs son plan d'attaque radiothérapique, tel qu'il a bien voulu nous le communiquer, ce dont nous le remercions vivement.

1° Renoncer aux irradiations massives et brutales en une fois (Seitz et Wintz), et même étalées en deux ou trois fois.

2° En choisissant une irradiation assez étalée pour que le tissu conjonctif ne soit pas sidéré, ne pas la pousser trop pour que le tissu conjonctif trop blessé perde ainsi son pouvoir « d'emballage » et d'enveloppement, que déclenche une excitation bien faite.

3° La radiothérapie semi-pénétrante peut être employée, car les statistiques montrent qu'il y a moins de récidives avec elle qu'avec la radiothérapie pénétrante, dont on use trop brutalement ou avec un filtre insuffisant ou une dose trop forte. Mais la radiothérapie pénétrante bien filtrée est à choisir de préférence parce qu'elle fouille plus profondément les voies lymphatiques axillaires et sous-claviculaires.

---

(1) E. Mériel. *L'extirpation du cancer du sein*, 1 vol. Maloine, éditeur, 1903.

(2) Ducuing. *Précis de cancérologie*. Masson, édit.

(3) Sluys *in Le Scalpel*.

(4) Huguet. Discussion à la Société de Chirurgie de Marseille, 23 janvier 1941.

La technique adoptée par Huguet est la suivante :

1° Appareillage de 200 à 300 kw., filtre 1 mm. de cuivre, 2 à 5 mm. d'aluminium, distance 5 cm., localisateur de 15/15 cm. environ.

2° Trois feux : un pectoral, un claviculaire, un axillaire, tous les trois dirigés de telle sorte qu'ils se recoupent profondément dans la région du paquet vasculo-nerveux à chaque séance, en tournant 200 à 250 R. par séance quotidienne.

3° Dose totale de 2.000 à 2.500 R. maxima (selon les réactions générales et de la peau) étalée sur un mois et demi environ.

4° Opérer trois semaines à un mois après la fin des irradiations.

Telle est donc, dans les cas opérables, la marche à suivre par la succession des actes thérapeutiques. Assurément ces délais bousculent un peu nos habitudes d'envisager le traitement d'un cancer du sein : après que nous avons décidé la malade à se faire opérer, il faut encore la faire patienter trois semaines à un mois après la fin des irradiations, qui ont demandé un mois et demi. Mais en faisant comprendre à la malade que ce traitement radiothérapique est actuellement une préparation indispensable à l'opération, on finira par le faire admettre. Il faut voir dans cette recherche de l'excitation du tissu conjonctif, de cette sclérose péri-lymphatique (Handley) une démonstration de ce processus histologique de la défense naturelle des tissus contre la prolifération cancéreuse, car nous n'ignorons pas que les réactions conjonctives et vasculaires à titre fibreux correspondent à un effort réel, sinon de guérison spontanée, du moins de la limitation et du ralentissement du cancer mammaire (Forgue).

A tort ou à raison, on a voulu voir dans la radiothérapie pré-opératoire un moyen de stériliser la tumeur pour la guérir. Cette conception n'est pas valable si on se rappelle que Regaud a retrouvé dans le sein après amputation des cellules néoplasiques en activité. Au lieu de cette conception trop simpliste, il faut plutôt s'en tenir à celle du *blocage* de l'immense réseau blanc qui gagne les relais axillaires. Ainsi s'expliquera plus réellement et se justifiera aussi cet usage de rayons pénétrants avant toute opération pour cancer.

Etant donnée la bénignité de cette méthode d'irradiation, elle mérite d'être essayée plus largement à l'avenir, ainsi qu'on le fait déjà dans certains centres spécialisés. Il semble déjà que nous ayons à notre disposition une arme pour lutter contre l'envahissement lympathique, et de nature enfin à procurer de plus longues durées de guérison dans les cas favorables à l'opération (Desmarest). En outre, cette irradiation préalable, limitant la lésion par sclérose des tissus, a rendu opérables des cancers qui semblaient au-dessus des ressources de l'art. Bourde, Cottalorda, Bonnel à Marseille, ont cité des cas de cette espèce. Huguet est également de cet avis.

Un autre ordre de faits maintenant attire notre attention, c'est de savoir si les résultats éloignés de l'emploi des rayons X, venus en auxiliaire après l'acte chirurgical, permettent de porter un jugement sur cette méthode combinée de traitement.

Le principe avait séduit l'esprit des chirurgiens de compléter localement leur œuvre par une stérilisation sur place des nodules néoplasiques ou des ganglions oubliés, et l'on s'était mis à irradier toutes les régions opérées. Il a fallu modérer cet élan quand Regaud a montré qu'il avait retrouvé dans le sein après amputation des cellules néoplasiques encore en activité. Aussi cette prétendue stérilisation lui semble-t-elle impossible. De même Curtis a trouvé à l'autopsie d'une malade morte de toute autre chose, dans les ganglions les plus profonds de l'aisselle, des cellules cancéreuses au repos, cinq ans après l'ablation du sein.

A ce test histologique, on peut, avec Forgue, ajouter la crainte, au point de vue clinique, de voir des nids de cellules néoplasiques activés par l'action excitatrice des rayons tangentiels ou obliques, en raison de l'ampleur du champ d'irradiation. « D'autre part, Forgue, après deux faits déconcertants d'accélération métastasiante, conclut que l'irradiation post-opératoire constitue une arme à deux tranchants » car il y a des cancers du sein qui « réagissent défavorablement aux rayons » (*Pathologie externe*, tome 2, page 422).

Lecène n'est pas partisan de la radiothérapie post-opératoire quand l'acte chirurgical a été large et bien conduit.

Si, au contraire, il s'agit d'un cancer plus étendu, si la région sus-claviculaire n'a pu être vidée de son contenu ganglionnaire, Lecène conseille les rayons X à doses modérées et espacées, parce qu'il a vu plusieurs fois des ganglions susclaviculaires durs et indolents disparaître à la suite de ces irradiations. Pour ma part, j'ai observé deux cas de récidive précoce de l'aissselle qui ont disparu en quelques jours ; les malades ont succombé plus tard, de quatre à sept ans après, d'une autre maladie. Ainsi l'une des plus favorables statistiques est celle de Gosset publiée par ses élèves Ledoux-Lebard, Hepp et Guénin :

1° Pour les meilleurs cas, 50 % de guérison, avec la chirurgie seule et 83 % avec la radio-chirurgie ;

2° Pour les cas moyens, 26 % de guérison par la chirurgie seule et 38.8 % par la radio-chirurgie.

3° Pour les cas les plus graves, 20 % pour la chirurgie seule et 7,7 % pour la radio-chirurgie.

Sans faire cette distinction de cas, d'après le classement de Steinthal, dans une statistique globale de 270 observations, suivies de 1919 à 1933, Gosset donne 32 % de guérison pour la chirurgie seule et 42 % pour la chirurgie complétée par les rayons X. Ces pourcentages différents dans une même statistique montrent, comme le fait remarquer Imbert, combien il est difficile en cancérologie d'établir une bonne statistique ; les chiffres prennent une apparence mathématique souvent trompeuse car, en changeant la présentation, les résultats apparaissent différents. Aussi Imbert conseille-t-il la radiothérapie post-opératoire, en faisant des réserves pour les cas avancés.

***

Il est trop facile, il est vain de raisonner sur des résultats éloignés en s'opposant des statistiques. Pour chercher la raison des résultats différents avec l'application d'une même méthode thérapeutique, il paraît plus sûr de revenir à l'anatomie pathologique.

Il y a des tumeurs malignes, très malignes de cancer du sein, des épithéliomas méga-cellulaires, les carcinomes avec pustules et peau d'orange, les ulcères avec métastases susclaviculaires. A ces formes-là, quoiqu'on fasse (ablation large, radium ou rayons X pré et post-opératoires, électro-coagulation), rien n'empêchera la récidive, nous l'avons tous constaté.

Par contre, il est des formes moins malignes (épithélioma secrétant de Delbet), les épithéliomas à cellules claires, les épithéliomas pavimenteux denditriques, kystiques et tous les cubo-cylindriques) qui donnent avec le Halsted seul des guérisons très prolongées. Masini, sur 50 de ses opérées, compte au moins 10 cas restés guéris entre 10 et 30 ans. L'examen histologique a parfois confirmé qu'il s'agissait de formes bénignes. Si on avait irradié la région après l'opération, on n'aurait pas manqué de mettre ces guérisons à l'actif du traitement physiothérapique.

« Les récidives tardives, conclut Hartmann, après sa consciencieuse étude ne sont pas des exceptions et correspondent, non à des cancers à évolution lente, mais à des cancers qui ont *sommeillé* pendant un temps quelquefois très long, puis qui ont pris une évolution souvent rapide le jour où ils se sont réveillés. »

Le traitement radiothérapique post-opératoire ne met pas souvent à l'abri d'une récidive tardive ou d'une métastase. « Les récidives, même à dates fort éloignées, ont paru si constantes à plusieurs opérateurs que, pour eux, il s'agissait de lésions arrêtées, stoppées, plutôt que guéries » (Mondor, Société de Chirurgie, 28 janv. 1942). Ceci en dit long sur le sens qu'il faut donner aux survies prolongées avec ou sans traitement physiothérapique. On est dès lors amené à considérer comme des guérisons ce qui n'est que la mise en sommeil d'éléments cancéreux restant dans la région opérée. Aussi la sclérose des tissus par la radiothérapie post-opératoire pourra favoriser cette mise en sommeil des éléments oubliés ou méconnus au cours de l'opération de Halsted. En ce sens, elle devient un utile complément de l'acte chirurgical, et doit par suite être conservée. Ce point de vue nouveau se substitue à celui de la stérilisation qui a fait son temps.

Enfin les métastases tardives qui peuvent se voir, quel que soit le traitement appliqué, se manifestant dans un autre organe (côlon, ovaires, rectum, colonne vertébrale, œsophage, langue, etc.), dont Hartmann a apporté 18 observations qui sont de type histologique différent du cancer primitif, ne lui semblent pas s'expliquer par la théorie du cancer succédant à une inflammation chronique. « Le cancer résulterait-il de l'action d'un agent encore inconnu que certains portent en eux et qui, lorsqu'il trouve un milieu favorable à son développement, envahit une cellule, laquelle prolifère alors de manière anarchique et constitue un cancer ? »

Cette hypothèse amènerait-elle enfin à envisager, dans un temps plus ou moins éloigné, un traitement médical agissant sur l'état général pour le mettre en état réfractaire ? On reviendrait ainsi à une vieille conception, dont on aurait peut-être tort de sourire aujourd'hui, car l'hormonologie moderne semble lui apporter des arguments nouveaux. Moore et Lacassagne, notamment, nous ont appris que l'action de la testostérone chez l'animal peut contrebalancer l'action de la folliculine sur le développement du cancer mammaire. « Il n'est pas niable, écrit Simone Laborde, que ces recherches ouvrent des perspectives nouvelles dans le domaine de la pathogénie du cancer ; elles peuvent aussi conduire à la conception d'une thérapeutique préventive, d'une véritable prophylaxie par conséquent. » A cet avenir plein de promesses nous devons faire confiance, dans l'espoir d'une action générale rendant l'organisme réfractaire au développement de la néoplasie maligne, ce qui, alors, changerait totalement le pronostic.

En attendant ces temps heureux, perfectionnons notre technique, en la sériant en trois temps : 1° irradiations pré-opératoires, pour scléroser les éléments lymphatiques, vecteurs de l'infection ; 2° amputation de Halsted largement conçue, avec évidemment susclaviculaire, si on le juge nécessaire ; 3° irradiations post-opératoires largement étendues sur la zone opérée et ses alentours.

L'opération n'est plus ainsi qu'un temps du traitement, une besogne d'enlèvement massif des parties néoplasiées perceptibles, l'irradiation se chargeant d'étouffer sur place les germes de propagation.

Telle est l'évolution des idées sur le traitement dont il nous a paru utile de faire le point.

BIBLIOGRAPHIE

FORGUE. Résultats éloignés de la chirurgie du cancer du sein (Congrès de Chirurgie, 1921).

Jean QUÉNU et BOCQUENTIN. Le pronostic du cancer du sein opéré (*Bulletin Médical*, 25 nov. 1933).

DESMAREST. *La Semaine des Hôpitaux de Paris*, 1er janvier 1941.

HARTMANN. Les récidives tardives du cancer du sein (Acad. de Chir., 28 janv. 1942).

HUGUET, BOURDE, MASINI, AUBERT, BONNAL, DOR, MOIROUD, COTTALORDA, IMBERT. Société de Chirurgie de Marseille, séances du 23 janvier 1941 et du 8 juin 1942.

DUCUING et GRIMOUD. De l'évidement susclaviculaire dans le cancer du sein. *In Chirurgie*, n° 3, 1942.

L. MAYER. Valeur effective du traitement radio-chirurgical du cancer du sein (Livre Jubilaire du Prof. Hartmann, 1934).

ACTUALITÉS

LES ACCIDENTS DU FAVISME

Par R. Levent

Les accidents dus aux fèves étaient jusqu'ici peu connus en France ; le rationnement aidant les fèves ont trouvé plus de consommateurs d'où quelques cas de favisme. C'était surtout l'école italienne après Macciotta (de Sassari) qui les avait observés jusqu'ici, en Sardaigne, en Sicile et dans le sud de l'Italie ; quelques cas américains concernaient des immigrés italiens ayant conservé leurs habitudes alimentaires.

En Italie la fréquence moyenne des cas semble d'à peu près 5 p. 1.000; la mortalité, pour Macciotta, serait de 10 p. 100 chez l'enfant pour qui le favisme est plus grave. Il ne semble donc pas qu'on doive s'en exagérer la fréquence ni la gravité ; le risque pour la santé publique n'est pas tel qu'il faille renoncer à un aliment d'exception mais utile en les temps que nous traversons.

Le favisme a certains traits constants : asthénie, anémie rapide, ictère hémoglobinurique, mais l'évolution est plus ou moins rapide et la gravité varie. Le nourrisson au sein lui-même a pu pâtir d'une imprégnation maternelle, même latente.

Le début peut être très rapide, au moment même d'une simple inhalation vénéneuse et dans les deux heures ; il est plus lent si pénétration digestive : 24-36 heures à 3 jours.

On distingue en pratique des formes légères, graves et très graves.

Dans les formes légères existe un malaise général avec céphalée, tintements d'oreilles, vertiges, photophobie et parfois perte de connaissance, nausées, diarrhée. L'anémie apparaît et s'aggrave très rapidement ; il y a de l'urobiline dans les urines.

Dans les formes graves le début est plus brutal et plus intense. La faiblesse est extrême et s'accompagne de toux et d'élévation thermique, d'une grande pâleur de la peau et des muqueuses qui fait place à un ictère, maximum en 2-3 jours.

Très vite l'urine prend une couleur rouge vineuse ou noirâtre ; le spectroscope y montre l'hémoglobine. On y trouve de l'albumine et des cylindres ; très exceptionnellement des globules rouges. Cette hémoglobinurie, accompagnée de frissons et d'une température avoisinant 40° avec des sueurs profuses réalise souvent un tableau de malaria. Foie et rate sont un peu gros et sensibles.

L'examen du sang montre une diminution des hématies vers 1.000.000 ou moins, un taux d'hémoglobine proche de 20 p. 100, une leucopénie initiale bientôt suivie d'une leucocytose réactionnnelle. La résistance globulaire est normale ; il n'y a pas d'agglutination des hématies.

La mort peut survenir par ictère hémoglobinurique ou par anémie ; souvent aussi par azotémie, dont la valeur pronostique est majeure. Dans les cas heureux l'amélioration commence après deux ou trois jours et évolue très vite dans les formes abortives.

Les formes très graves ont une allure analogue ; elles sont plus fréquentes chez l'enfant, surtout avant 10 ans. Le début est très brusque avec asthénie, céphalée, vertiges, nausées ; parfois, signes d'excitation neuro-musculaire.

L'évolution se fait avec anémie grave, ictère hémoglobinurique et, parfois, insuffisance cardiaque d'origine toxique. La guérison est lente, souvent retardée par des complications, souvent digestives chez l'enfant, et qui peuvent entraîner la mort. L'azotémie est ici habituelle. Les caractères hématologiques sont analogues et se complètent après quelques jours de signes de réaction médullaire. Il est habituel de voir l'inversion du rapport sérine-globuline de l'hypocalcémie, de l'hypocholestérolémie. On voit, au contraire, de l'hyperglycémie et parfois une glycosurie légère. Le magnésium est diminué, le calcium et le potassium normaux. Biddau a montré récemment par spectroscopie la présence d'hémoglobine libre dans le sang pendant la phase hémoglobinurique et a pu doser l'hémoglobine. A noter aussi le désaccord entre l'abaissement très sensible du nombre des hématies et la conservation relative de l'indice colorimétrique du sang, qui témoigne dans le même sens.

On peut voir des formes graves même à l'âge adulte. L'anatomie pathologique du favisme est encore peu connue et les explications pathogéniques se ressentent de cette lacune.

De ces explications le parasitisme des graines et leur état de conservation sont définitivement éliminés. La part faite à certains facteurs accessoires, d'ailleurs notables sur lesquels nous reviendrons, il semble acquis qu'il s'agit uniquement de troubles toxiques dus à la fève elle-même, troubles à rapprocher de ceux que provoquent certaines variétés toxiques de haricots et surtout, chez certains prédisposés, les haricots même alimentaires et en bon état de conservation. Il faut noter pourtant que les fèves fraîches et vertes sont plus souvent en cause que les fèves sèches et brunes qui, pourtant, ne sont pas toujours inoffensives.

De plus, tous les cas ne sont pas dus à l'ingestion ; certains succèdent à l'inhalation d'un air ayant séjourné au contact des fèves ; au moment de la floraison, l'air qui a baigné les champs de fèves engendre chez les prédisposés des accidents subits et sérieux.

Ceci témoigne de l'importance très relative de la dose du produit nocif, ce qui a été parfois noté pour le favisme par ingestion.

Brusquerie du début et contingence des doses ont donc orienté vers une possibilité d'accidents anaphylactoïdes ; de même l'inversion du rapport sérine-globuline, la leucopénie initiale, l'éosinophilie vue parfois dans les formes aiguës. On n'y objecte guère que l'absence de signes de sensibilisation de groupe vis-à-vis du haricot, argument de valeur relative.

Expérimentalement l'extrait de fèves est hémolytique par voie intraveineuse, ce qui cadre bien avec l'hémoglobinémie observée par Biddau ; de même, la transmission possible d'une anaphylaxie passive.

Qu'il y ait ou non anaphylaxie, d'autres conditions pathogéniques et étiologiques jouent un rôle dans la production des accidents : l'insuffisance digestive, les lésions de la barrière entéro-hématique les favorisent ; de même, le passé paludéen. Il existe aussi une prédisposition individuelle, une prédisposition tenant à l'âge. Certaines familles montrent dans les lignes héréditaire ou collatérale une propension à ces accidents. L'âge a une influence et aussi la saison (époques de la floraison et de la récolte), tout ne tient donc pas dans une sensibilité individuelle.

Tuberculose et syphilis n'ont, par contre, aucun rôle.

Le diagnostic est, en général, aisé si l'on songe à bien orienter l'interrogatoire d'un hématurique vrai ou apparent. C'est avec l'hémoglobinurie paroxystique (mais ici le Doneth-Landsteiner est négatif), avec la crise de paludisme (d'ailleurs plus franche d'allure) et au début avec l'ictère hémolytique que peut se produire une incertitude en général brève.

Le pronostic de ces accidents, peu courants, est grave surtout chez l'enfant. La guérison spontanée n'est pourtant pas une exception ; la crise est, en général, brève, quoique non sans risques.

Le traitement a été jusqu'ici surtout symptomatique : soutenir le cœur et l'état général, injections de cholestérine dont on connaît l'action antihémolytique en général et le rôle antitoxique ; le chlorure de calcium intraveineux s'est montré sans action ; l'injection sous-cutanée de 8 à 10 cm³ de sérum de cheval a semblé parfois arrêter l'hémoglobinurie.

Le mieux, à l'heure actuelle, semble la transfusion. Dans trois cas qu'il jugeait désespérés (1.200.000, 540.000, 450.000 globules rouges), Biddau a eu des résultats brillants par des transfusions répétées et abondantes : 120, 180 et jusqu'à 220 cm³. Aussi cet auteur voit-là le traitement de choix du favisme. L'avenir montrera s'il est aussi actif vis-à-vis de l'azotémie dont nous avons montré l'importance clinique et pronostique que vis-à-vis de la déglobulisation qui, même intense, paraît ne pas être irréversible.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

6 avril. — M. Le Cornet. Etude de deux cas de myélite aiguë transverse guéris par les sulfamides. — M. Gillet. Vues sur les études médicales (aujourd'hui et demain).

7 avril. — M. Charles. Notes sur quelques appareils à extension pour la réduction des fractures de l'avant-bras. — M. Lecour. Les altérations électro-cardiographiques au cours des péricardites.

9 avril. — M. Pichon. Contribution à l'étude de la péricardite calcifiante constrictive. — M. Huffer. Les hémopathies benzoliques retardées.

14 avril. — Mlle Fossier. Contribution à l'étude de l'asthme professionnel, en particulier par le diazométhane. — M. Dubois. Sur les manifestations osseuses au cours de la neurofibromatose.

6 mai. — Mme Bussière. Les syndromes consécutifs aux hémorragies de la calotte des pédoncules cérébraux.

THESES VETERINAIRES

7 avril. — M. Mouchet. Fièvre aphteuse et hémoprévention.

8 avril. — M. Thiébaut. La maladie syphiloïde du chat.

VIE DE CHIRURGIEN, La philosophie de mon métier, par le Prof. E. Forgue. Un vol. chez Maloine, éditeur, Montpellier-Paris. Prix : 250 francs.

L'HUMANISME ET LA MEDECINE AU XVIe SIECLE, par le Dr G. Barraud, lauréat du Prix Hugo 1942, de l'Académie de Médecine. Un volume in-16 jésus (14 × 19) de 136 pages, avec 14 illustrations hors-texte, 1942, 35 francs. Vigot frères, éditeurs, Paris.

LE CORPS MEDICAL DEVANT LA MEDECINE SOCIALE, par M. Pierre Theil, médecin-inspecteur de la santé de la Seine, chef de cabinet du secrétaire d'Etat à la Santé, 1943. Un volume in-18° de 112 pages. J.-B. Baillère et fils, éditeurs.

FORMULAIRE VENEREOLOGIQUE DU PRATICIEN, par Georges Levy, chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis. Un volume in-8° de 180 pages avec 19 figures, 54 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

LE LIVRE BLANC. Formulaire médical, édition 1943. Prix. 40 francs, Editions Henri Perrier, 3, rue Aubriot, Paris (4e).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

SÉANCE DU 6 AVRIL 1943

Tumeurs du sein. — M. HARTMANN apporte un important travail à propos de 488 tumeurs ou pseudo-tumeurs du sein.

Les gangrènes cutanées. — M. G. MILIAN a décrit, il y a vingt ans, un bacille qu'on trouve dans la gangrène foudroyante des organes génitaux. Ce bacille a été encore rencontré dans des bulles de dermatite de Durhing, devenues gangrène profonde ; dans un cas le bacille avait pénétré dans la circulation, où on le retrouva par hémoculture, et dans tous les organes à l'autopsie. On le trouva également dans la gangrène de la paroi de l'abdomen.

Ce germe reçut à l'époque le nom de *B. gangrenæ cutis*.

M. Nativelle, l'interne de M. Milian, a poursuivi à l'Institut Pasteur une étude complète de ce bacille et il en a fait l'objet de sa thèse. De ses conclusions, il résulte que ce bacille a tous les caractères morphologiques et de culture du Proteus et les caractères biologiques, au pigment près, du Pyocyanique. Il va sans dire qu'il n'est pas le seul à produire des gangrènes cutanées.

L'auteur a accompagné sa communication de projections.

L'origine non infectieuse de l'hypertrophie de la prostate. — M. Maurice CHEVASSU. — Il n'existe aucune preuve du rôle possible de l'infection des vésicules séminales dans le développement de l'hypertrophie prostatique. Le prostatique possède normalement un appareil urinaire stérile. Les prostatiques infectés le sont habituellement après les manipulations urologiques. D'où la nécessité d'éviter les sondages non indispensables qui ont plus d'inconvénients que d'avantages.

L'origine anatomique de l'hypertrophie reste très discutable. Des adénomes peuvent naître en des points très variés de la glande. S'ils se développent essentiellement dans sa portion juxta-urétrale, les conditions mécaniques si spéciales à cette glande enserrée dans les mailles d'un très puissant sphincter, suffisent peut-être à l'expliquer.

SÉANCE DU 13 AVRIL 1943

Notice. — M. LEMIERRE lit une notice nécrologique sur M. Jean Demoor (de Bruxelles), correspondant étranger dans la section des sciences biologiques, physiques et naturelles.

A propos de l'élection du Conseil Supérieur de l'Ordre des Médecins. — M. BALTHAZARD, président, remercie ceux de ses collègues qui viennent de l'élire. Il rappelle l'intérêt que l'Académie n'a pas cessé de porter à l'Ordre des Médecins depuis sa fondation.

Sur un cas particulier d'œdème néphrétique. — M. LOPER revient sur la pathogénie de l'œdème brighitique à propos d'une curieuse observation d'une anasarque dont le liquide contenait plus de 30 gr. d'albumine. Il considère un tel œdème si fortement albumineux comme l'équivalent de l'œdème pulmonaire et voit, à son origine, non pas une simple rétention chlorurée, non pas une simple diminution de la tension des protéines sanguines, mais une altération de la paroi filtrante. Et il attribue cette altération à des corps voisins de l'histamine ou à l'histamine elle-même dont le taux atteignait d'ailleurs chez cette malade 1.000 gamma dans le sang et 450 dans l'œdème.

Ainsi le syndrome œdémateux de certaines néphrites peut ressortir à l'histamine comme le syndrome convulsif ressortit parfois à la guanidine et le syndrome hypertensif à la tyramine. C'est une nouvelle preuve de la spécificité chimique en séméiologie.

Oxycarbonémie de la femme enceinte et du nouveau-né. — MM. H. VIGNES et L. TRUFFERT ont dosé l'oxyde de carbone au moment précis de l'expulsion fœtale dans le sang de la mère et dans le sang du cordon : en moyenne, ils ont trouvé, chez la mère 0,27 pour 100 cm³ et, chez le fœtus, 0,39. Dans la moitié des cas, le sang du cordon était nettement plus riche que celui de la mère, et dans les autres cas, le taux était le même. Les cas où le sang du cordon est plus riche que celui de la mère sont à retenir : en effet, quand il se produit un apport exogène, non mortel, d'oxyde de carbone, il y a tendance à l'égalisation ; lorsqu'on trouve une prédominance en faveur du fœtus, on peut se demander si ce fait ne traduit pas une oxycarbonémie endogène liée aux synthèses fœtales.

Diabète sucré après électro-choc. — MM. P. HARVIER, P. FROMENT et M. CÉNAC. — Une femme de 44 ans, hyperémotive et psychasthénique de longue date, subit un traitement par électro-choc. L'état mental de la malade est, sans conteste, amélioré après la quatrième séance, mais, à partir de la deuxième séance, apparaissent les signes d'un diabète sucré : diabète acidosique, avec hyperglycémie dépassant 3 gr. Il est à noter que la mère de cette malade était diabétique, mais que la malade elle-même n'avait jamais eu, jusque-là, de glycosurie. Un examen d'urines, pratiqué deux mois avant le traitement, était resté négatif.

Ainsi le diabète après électro-choc prend place parmi les diabètes traumatiques. Il est possible qu'un traitement fortement convulsivant détermine des altérations des centres neuro-végétatifs régulateurs du métabolisme glucidique. Cette constatation engage à ne pas abuser de cette nouvelle thérapeutique et à en limiter, de façon très précise, les indications.

Transmissibilité de B. abortus par voie aérienne. — MM. VELU et BALOZET.

SÉANCE DU 20 AVRIL 1943

M. le PRÉSIDENT annonce le décès de M. ESTOR (de Montpellier), correspondant national.

Quelques conséquences de l'alimentation actuelle chez l'enfant. — M. L. RIBADEAU-DUMAS, au nom de la Commission de Rationnement.

Il est fréquent, actuellement, d'observer chez un grand nombre d'enfants un syndrome clinique lié à des troubles digestifs : tension épigastrique, émission de gaz en quantité anormale, selles énormes, mictions nombreuses, souvent incontinence d'urine. L'abdomen est gros, tendu, sonore. La colite se constitue rapidement. Au point de vue général, la croissance est ralentie.

Le trait commun à tous ces cas est le trouble alimentaire actuel où l'on relève la consommation en quantité excessive de cellulose, surtout d'orthocellulose. La ration est déjà pauvre en calcium, et l'augmentation de la cellulose indigeste dans le régime est suive d'une élimination excessive de Ca, le P n'étant que peu influencé. Il semble bien que le régime des crudités ou des fruits et des légumes, surtout des légumes, entraîne une mauvaise régulation hydrosaline avec hypochlorémie, hyperpotassémie, polyurie et déshydratation.

Il n'y a de remède efficace que dans une alimentation variée et équilibrée, les vitamines données à profusion, ne pouvant à elles seules modifier les erreurs alimentaires. Cependant, parmi les auxiliaires qui ont été proposés, il y a lieu d'insister sur l'effet favorable des fromages et des biscuits caséinés enrichis de sels de calcium.

Instruments anticonceptionnels et d'avortement. — MM. BALTHAZARD et SUREAU. — « Le décret du 29 juillet 1939 du Code de la Famille (art. 91), interdit la vente de sondes intra-utérines, des objets analogues susceptibles de provoquer l'avortement. Les pharmaciens pourront vendre ces objets seulement sur ordonnance médicale, transcrite sur un registre. Les fabricants et négociants en instruments ne peuvent vendre lesdits instruments à des personnes n'appartenant pas au corps médical, sauf aux commerçants patentés pour la vente d'appareils chirurgicaux.

La liste desdits appareils devait être établie par un règlement d'administration publique dans les trois mois... mais la guerre est venue et le règlement n'a pas encore vu le jour depuis 1939. La police est embarrassée pour savoir si tel instrument doit être considéré comme instrument d'avortement ; elle nous a demandé d'établir la liste au point de vue technique, notre travail devant être la préparation du règlement.

La loi du 31 juillet 1920 interdisait la vente des instruments anticonceptionnels ; or, il n'est pas toujours facile de distinguer les instruments anticonceptionnels et d'avortement... », et les auteurs établissent la lamentable liste de ces appareils allant du condom à la tringle de rideaux en passant par les appareils les plus perfectionnés et aussi les plus redoutables pour l'avenir d'une race.

Syphilis gangréneuses. Inconstance du protéus. Importance du terrain. — MM. GOUGEROT et A. BASSET signalent l'accroissement de fréquence des gangrènes syphilitiques, leur gravité actuelle, leurs récidives malgré des traitements qui, chez d'autres malades, seraient insuffisants, récidives se faisant suivant le même processus gangréneux, semblant prouver des virus spécialisés vasculotropes. Surinfection bactérienne par le *bacillus gangrenæ cutis* du groupe des protéus inconstants (trois cas seulement sur sept) ; importance du terrain ; fluctuations de l'allergie : au début anallergie, puis hyperallergie.

Contribution à l'étude de la flore intestinale des doryphores. — MM. A. et R. SARTORY.

Vacances de Pâques. — La prochaine séance aura lieu le 4 mai.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

SÉANCE DU 17 FÉVRIER 1943

A propos des interventions conservatrices en gynécologie. — M. ROUHIER.

Tuberculose scléro-hypertrophique à double localisation cæcale et iléale compliquée de perforation en péritoine libre. Large hémicolectomie. Guérison. — M. BOUDREAUX. — M. BERGERET, rapporteur.

Deux observations d'ostéite tuberculeuse angulo-symphysaire du pubis. — M. CHATON.

A propos de 337 cas de hernies crurales ou inguinales étranglées. Réflexions sur le traitement des gangrènes herniaires. — M. CHABRUT. — M. BROCQ, rapporteur, souligne la gravité de l'étranglement dans la hernie crurale : mortalité 33 % pour l'entérectomie, 85 % pour l'extériorisation.

SÉANCE DU 24 FÉVRIER 1943

Invagination iléo-colique chez une femme de 73 ans liée à la présence d'une tumeur bénigne du grêle et d'un épithélioma du cæcum. Hémicolectomie droite. Guérison. — M. AUMONT. — M. SICARD, rapporteur.

A propos des méfaits d'un bouton utilisé pour une gastro-entérostomie. — M. J.-J. HERBERT. — M. SEILLÉ, rapporteur.

A propos d'un cas d'infiltration stellaire au cours d'un trouble ischémique d'origine traumatique. — M. COURRIADÉS. — M. S. BLONDIN, rapporteur

Deux observations d'artériectomie comme traitement de la gangrène sénile des membres inférieurs. — M. COURRIADÉS.

Traitement des adénopathies de la lèvre inférieure. — MM. Barbier et Delarue soulignent que dans un tiers des cas les métastases sont entièrement latentes ; aussi ont-ils adopté le principe du curage ganglionnaire systématique ; dans ces conditions le pourcentage de guérison est de 46 % après 5 ans.

M. Roux-Berger se range à l'opinion de M. Barbier.

Sur les accidents dits toxiques consécutifs aux levées d'occlusion et de garrot. — M. J. Gosset pense que le stockage du sang dans le segment sous-jacent au garrot équivaut à une véritable saignée interne et déclenche l'apparition des accidents de collapsus.

Pneumectomie totale pour dilatation des bronches. — MM. Maurer, Rolland, Sauvage et Mathey. Présentation du malade au 26e jour.

Séance du 3 mars 1943

Les projectiles intra-thoraciques. Extraction. — M. Petit de la Villeon. Lecteur M. Wilmoth.

Sur le traitement des ovaires scléro-kystiques par les infiltrations anesthésiques des pédicules ovariens associés à l'ignipuncture. Résultats éloignés. — M. Dionis du Séjour. — Lecteur M. Wilmoth.

Volvulus du grêle par amas d'ascaris. — M. Latouche. — A la suite d'un traumatisme abdominal un jeune homme présente une péritonite par perforation d'un volvulus du grêle ; l'anse tordue était remplie d'un volumineux paquet de nématodes.

M. Desmarest rapporte une observation de M. Kunlin.

M. Fèvre rappelle les mécanismes d'occlusion par ascaris : invagination, obstruction, spasme, thrombose, volvulus.

Traitement de l'incontinence par la suspension aponévrotique du col vésical. — M. L. Michon a modifié l'opération de Goebbel-Stockel en enroulant autour du col un lambeau aponévrotique prélevé au dépens de la gaine du droit et enroulé en 8 de chiffre. L'opération peut être effectuée par voie purement sus-pubienne mais la voie combinée vagino-abdominale paraît préférable.

M. Brocq, dans un cas de grande cystocèle avec incontinence d'urine, a fait une greffe de tissu fibreux libre entre les deux releveurs. Guérison de l'incontinence.

Deux cas de pneumonectomie opérés avec succès. — Présentation de malade. — M. Iselin.

Séance du 10 mars 1943

A propos des incontinences d'urines. — M. Huc a observé 4 cas d'incontinence d'urines après opération de Zarate qui détruit la suspension du col vésical.

Action des plaques d'aluminium pur sur des fistules et ulcérations tuberculeuses. — M. Parlange. — Rapport de M. Ménégaux.

Lymphoblastome du cœcum. — M. Drouhard a opéré une fillette d'une invagination iléo-cœcale dont le point de départ était un lymphoblastome du cœcum.

Iléo-colo-rectoplastie après résection sigmoïdienne pour diverticulite perforée. — M. P. Lignon. — M. J. Quénu insiste sur la facilité de la technique et sur la qualité des résultats.

Sur un cas d'iléus spasmodique. — MM. Sénèque, Roux et Seyer ont eu l'occasion d'opérer un homme atteint d'un syndrome occlusif sans obstacle organique à l'intervention ; on ne trouve qu'un spasme intestinal étendu. Guérison.

M. Oudart apporte un exemple analogue dans lequel la laparotomie amène la guérison.

M. Rudler a eu dans un cas analogue un succès avec des infiltrations du splanchnique.

M. R.-C. Monod a vu trois cas guéris par simple laparotomie.

Gangrène utérine parcellaire post-abortum. — MM. Moulonguet et Thoyer-Rozat ont pu observer sur une pièce les premiers stades de la gangrène utérine.

M. Mondor insiste sur la valeur clinique des signes fonctionnels.

L'extirpation du col utérin par voie vaginale comme temps complémentaire plus ou moins retardé de certaines hystérectomies subtotales. — M. Rouhier.

Séance du 17 mars 1943

Dilatation aiguë mortelle de l'estomac après néphrectomie transpéritonéale pour cancer. — M. Le Picard. — Rapport de M. S. Blondin.

Deux cas d'infiltration novocaïnique sinu-carotidienne à la phase ultime des péritonites aiguës diffuses. — M. Forget. — M. Wilmoth, rapporteur.

Un cas de péritonite encapsulante chez l'enfant. — MM. Milhit, Boppe et Maignan.

Un cas de péritonite encapsulante opérée pour occlusion. — M. Loceais.

M. Wilmoth rapporte ces deux observations intéressantes par les constatations histologiques faites sur les membranes.

Attitude en flexion extrême du genou traitée par désinsertion capsulaire et extension continue. — MM. Forestier, Françon et Herbert. — M. Merle d'Aubigné rapporteur.

M. Boppe préfère utiliser un appareil à tourniquet pour redresser le genu flexum avant la capsulotomie ; quelquefois, en effet, l'extension peut suffire.

L'amputation de Gritti. A propos de 10 observations personnelles. — M. Ferey souligne les avantages de cette méthode d'amputation.

M. Rouhier s'est occupé de l'appareillage de ces malades et est très satisfait des résultats obtenus.

M. Couvelaire, dans 14 cas, a constaté d'excellents résultats ainsi que MM. Richard, Petit-Dutaillis.

M. Lance montre que l'appareillage est actuellement au point.

Remarques sur le traitement des kystes suppurés du poumon. A propos de trois cas traités et guéris par lobectomie. — M. Rob. Monod souligne la gravité des hémorragies chez ces malades, hémorragies parfois foudroyantes et mortelles.

Un cas de phlébite du sinus caverneux guérie par sulfamidothérapie associée à l'iode. — Présentation de la malade. — M. Truffert.

Séance du 24 mars 1942

Stastistique des hernies étranglées opérées à Langres de 1931 à 1943 (207 opérations). — M. Husson. — M. Braine, rapporteur souligne la faible mortalité de cette statistique (7 %).

A propos du traitement des hernies crurales étranglées avec sphacèle. — M. Pouliquen.

Gastrectomie d'urgence pour gastrorragies profuses. Guérison sans incident. — M. Pierra. — Rapporteur, M. Houdart.

Préparation pré-opératoire dans le traitement du cancer de l'œsophage par un composé metallo-ascorbique. — M. Santy.

Traitement des brûlures par application de sulfamides en poudre. — MM. Févre, Ciaudo et Henrot utilisent la technique suivante : détersion de la brûlure au sérum physiologique, pansement, puis saupoudrage en alternant ces deux méthodes thérapeutiques.

M. Rudler insiste sur la notion de profondeur qui constitue un élément capital dans le pronostic ; si les ilôts pilosébacés du derme ont été respectés la réparation se fera en 15 à 20 jours quel que soit le traitement appliqué.

Staphyloccocie grave de la fosse nasale droite et de la lèvre supérieure. Complications phlébitiques faciales, orbitaires sinusales. Sulfamidothérapie iodée. Guérison. — M. Truffert.

Infarctus post-abortif de l'utérus. Limitation des lésions à l'endomètre. — Présentation de pièce. — M. Mondor.

Séance du 31 mars 1943

Luxation divergente de l'articulation de Lisfranc. — M. Batteur (rapporteur M. Merle d'Aubigné).

Hernie diaphragmatique consécutive à un empyème. — M. J Debeyre. — M. Sicard, rapporteur.

Hernie diaphragmatique congénitale droite et étranglée. Guérison. — MM. Huguier et B. Duhamel (M. Huet, rapporteur).

A propos du traitement de l'embolie pulmonaire post-opératoire par l'injection intraveineuse de novocaïne. — M. G. Leclerc.

La fistulisation préventive du grêle dans la chirurgie du côlon et du rectum. — M. d'Allaines estime que l'iléostomie constitue une dérivation insuffisante dans la chirurgie du rectum, mais même dans la chirurgie colique où elle est plus rationnelle elle n'est pas sans inconvénient ; aussi préfère-t-il la dérivation faite juste en amont de la suture colique. D'ailleurs, d'une façon générale, l'auteur évite l'anus préalable et lui substitue la dérivation interne par colo-anastomose.

M. Soupault met en doute la valeur de l'iléostomie pour soulager les sutures.

M. Rouhier met en garde contre l'iléostomie systématique ; il en discute les modalités techniques.

Séance du 7 avril 1943

Gangrène cutanée progressive et spontanée. — MM. Leger et M. Gaultier. — M. Wilmoth, rapporteur.

Mono-adénopathie tuberculeuse géante du cou. — M. Petrignani. — M. Richard, rapporteur.

La médication iodo-sulfamidée dans les infections. — M. Legroux recommande l'association iodo-protide qui s'est révélée la plus efficace et du 1162 F ; les doses à utiliser sont de 1 gr. 50 à 6 gr. d'iode et de 10 gr. de sulfamide ; la posologie doit être proportionnée à la gravité de l'affection. Au cours de la convalescence il est indispensable de faire des cures de consolidation pendant 1 ou 2 mois.

Résultats du traitement des septicémies et infections graves à staphylocoque par l'association iodo-protides 1162 F. — MM. J. Pervès et Pirot en se basant sur neuf observations montrent l'action de freinage exercée sur l'infection même chez les malades fatigués. Il est cependant indispensable d'intervenir chirurgicalement pour évacuer le pus et les tissus nécrosés selon les règles habituelles.

MM. Truffert, Larget, J. Quénu, Fèvre rapportent un certain nombre d'observations personnelles confirmant l'impression favorable des auteurs.

M. LEVEUF souligne qu'une seule hémoculture positive ne peut permettre d'appliquer le terme de septicémie.

Œsophagectomie. — Présentation du malade. — M. SAUVAGE.

SÉANCE DU 14 AVRIL 1943

A propos des tuberculoses angulo-symphysaires du pubis. — M. KUSS.

A propos de la thérapeutique iodo-sulfamidée. — M. CHEVASSU.

Sarcome de l'intestin grêle révélé par un hémopéritoine spontané. — M. MONSAINGEON. Rapport de M. MOCQUOT.

Péritonite par sphacèle d'un kyste de l'ovaire après hystérectomie vaginale. — M. FRESNAIS. — Rapport de M. ROUHIER.

Hernie diaphragmatique gauche traumatique opérée par voie transpleurale. — M. GOYER. — M. MOULONGUET, rapporteur.

La fistulisation préventive du grêle dans la chirurgie du côlon et du rectum. — M. SÉNÈQUE, en se basant sur vingt-huit observations, ne reconnaît à l'iléostomie d'indication que dans la chirurgie du côlon droit lorsque l'aspiration continue duodénale n'arrive pas à soulager le malade.

M. QUÉNU rejette également l'iléostomie préventive et lui préfère en cas de nécessité la typhlostomie, sauf lorsqu'il n'y a pas place pour faire la dérivation, c'est-à-dire dans les cas de colectomie totale.

Traitement des déterminations mineures des infections staphylococciques (furoncles, anthrax, hydrosadénites), **par la médication iodo-sulfamidée.** — MM. J. PERVÈS, R. PIROT et H. MARTIN.

Traitement des staphylococcies locales par l'association iodo-sulfamidée. — MM. HUET et HUGUIER.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

SÉANCE DU 5 MARS 1943

Pneumopathie suraiguë avec syndrome malin survenu deux jours après un électro-choc. Etude anatomique. — MM. CARROT, PARAIRE et CHARLIN.

Etat confusionnel transitoire survenu trois jours après un un électro-choc au cours d une convulsivothérapie. — MM. CARROT, PARAIRE et CHARLIN.

Statistique de 140 malades traités par électro-choc. — MM. CARROT, PARAIRE et CHARLIN.

Les opacités arrondies intra-pulmonaires. — MM. EVEN et LECŒUR.

Bronchoscopie et biopsie systématiques. — MM. EVEN et LECŒUR.

Néphrose lipoïdique et néphrite azotémique. — M. GRENET.

Zona des VIIe et IXe nerfs craniens suivi d'un syndrome encéphalitique. — M. Jacques DECOURT.

SÉANCE DU 12 MARS 1943

Altérations importantes de l'électro-encéphalogramme pendant l'évolution d'une acrodynie. Leur disparition après guérison. — MM. BAUDOUIN, J. MARIE, RÉMOND et BRICAIRE.

Estomac thoracique. — MM. LAMY et MIGNON.

Maladie d'Addison traitée par l'implantation de désoxycorticostérone. — MM. Léon BINET, BANCETON et CONTE.

Erythème noueux et syphilis. — M. MOREAU relate un cas d'érythème noueux survenu en dehors de toute tuberculose décelable chez un homme qui présentait une cicatrice minuscule d'un chancre récent et une adénopathie généralisée. Efficacité rapide du novarsénobenzol. Ne pas penser exclusivement à la tuberculose en face d'un érythème noueux.

Un cas de péricardite calcifiante traitée par péricardectomie. — MM. LÆDERICH, BERGERAC et THIÉRY.

Epithélioma ulcériforme de l'estomac au début. (Disparition des signes cliniques, atténuation importante des signes gastroscopiques et aggravation des signes radiologiques après test thérapeutique.) — MM. Guy ALBOT, CHIGOT, Monique PARTURIER-LANNEGRACE, H. LIBAUDE et Raymond JOU.

SÉANCE DU 19 MARS 1943

Un cas d'emphysème pulmonaire obstructif par tumeur bronchique non cancéreuse chez un adulte. — MM. ROLLAND, LECŒUR, BLANCHARD.

Deux cas de pneumothorax spontané au cours d'une rougeole non compliquée. — M. VÉRAN (Nantes).

SÉANCE DU 26 MARS 1943

Syndrome hypophysaire avec obésité. Rétention d'eau et oligurie, oligodypsie permanente. — MM. R. KOURILSKY et HINCLAIS.

Encéphalite psychosique aiguë azotémique d'origine ourlienne. — M. DESRUQUOIS (Tours).

Effacement de cavernes pulmonaires tuberculeuses après aspirations bronchoscopiques. — MM. AMEUILLE et J. LEMOINE.

Leucémie chronique à monocytes. — MM. H. BÉNARD et RAIMBERT.

Ostéopathie pneumique. — MM. BÉNARD et RAIMBERT.

Rigidité décérébrée évoluant depuis 15 mois. Crises toniques pseudo-tétaniques terminales par ramollissement à foyers cortico-striées multiples. — MM. L. MICHAUX, RYCKWAERT et BERTRAND.

Spasme de l'artère fémorale d'un côté suivi d'une thrombose de la fémorale du côté opposé simulant une embolie au cours d'une maladie d'Osler. — M. LEMAIRE.

Tuberculose intestinale ulcéreuse perforante sans expectoration bacillifère. — Mlle O. SCHWEISCUTH.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

Epidémie de fièvre typhoïde due à un ancien malade qui dissémine des bacilles depuis 28 ans. — MM. CARRIEU et PAPPAS (*Soc. des Sciences Méd. et Biol. de Montpellier et du Languedoc Méditerranéen*, 5 février 1943). — En avril 1941, apparaissent en quelques jours, à C... (Hérault), 18 cas de fièvre typhoïde dus à l'absorption de fromages frais fabriqués avec du lait de brebis par le propriétaire du troupeau qui a eu, en 1914, une fièvre typhoïde très grave. L'ensemencement de ses selles en milieu de Wilson et Blai montre de nombreux bacilles d'Eberth ; d'où interdiction de fabriquer des fromages. Malheureusement, après un an, la fabrication reprend, « familiale » cette fois-ci et, en même temps de nouveaux cas sont signalés. Un second examen de selles est encore positif en octobre 1942. Au total 23 cas avec 2 décès. Des mesures administratives sévères ont amené la disparition de la fièvre typhoïde dans l'agglomération (voir communication suivante).

A propos d'une épidémie de fièvre typhoïde. Mesures prophylactiques et administratives. .. MM. PAPPAS et CARRIEU (*Soc. des Sciences Méd. et Biol. de Montpellier et du Languedoc Méditerranéen*, 5 février 1943). — Les difficultés auxquelles se heurtaient l'application légale des mesures administratives dans ce cas de porteur de germes a suscité la mise en œuvre d'une procédure exceptionnelle. Celle-ci a fait intervenir à deux reprises l'autorité préfectorale qui a pris successivement deux arrêtés, l'un interdisant la manipulation du lait, l'autre l'élevage des animaux femelles. De plus, l'ouverture d'une instruction judiciaire a été envisagée avec poursuites pour homicide par imprudence et demande reconventionnelle de dommages. Le porteur de germes a capitulé et vendu son troupeau. Il reste néanmoins soumis à la surveillance de l'autorité sanitaire. M. L.

La pratique de la vaccination préventive contre la scarlatine. Dr Wolfgang ZECHNER. *Wiener Med. Wochensch.*, 28 nov. 1942.

La recrudescence de la scarlatine en 1941 dans certaines régions a fait pousser davantage les essais de vaccination. Pour des raisons pratiques on se borne actuellement à vacciner l'entourage du malade lorsqu'il y a des raisons de redouter un essaimage. On vaccinera de préférence les enfants entre 1 et 6 ans plus réceptifs, puis les enfants d'âge scolaire jusqu'à 14 ans.

Le malade recevra un traitement sérothérapique, jumelé ou non avec une vaccination antidiphtérique et en tenant compte des contre-indications relatives ou temporaires à l'emploi de sérum de cheval.

Le vaccin préventif employé est soit le vaccin de Gabritschewsky (3 injections à 15 jours d'intervalle minimum), soit le vaccin à adsorbat (2 injections à 4 semaines d'intervalle) par voie sous-cutanée.

Lorsque pour une raison quelconque on craint d'agir pendant la période d'incubation on y associera une injection de sérum antiscarlatineux pour franchir sans encombre la période douteuse. R. L.

L'évolution pathologique des rhumatismes. W. KEMPF. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 11-18 juillet 1942.

La médication de choc non spécifique est la méthode de choix pour les affections rhumatismales ce qui s'explique du fait de sa nature de médication pathogénique. Elle vient en importance après les méthodes physiothérapiques.

Sa posologie doit être fixée avec soin et il faut suivre attentivement les réactions de foyer qu'elle provoque. Elle doit être appliquée au niveau des tissus malades et la réaction de ces tissus est l'indice des transformations que subit leur métabolisme.

Les foyers infectieux n'ont sans doute pas en eux-mêmes une importance prépondérante mais sont plutôt des phénomènes concomitants dont l'importance mérite d'être l'objet d'études ultérieures. R. L.

Dépersonnalisation comme conséquence d'une intoxication par l'oxyde de carbone trois fois répétée. *Wiener Med. Wochenschrift*, 24 octobre 1942.

Observation d'un sujet âgé de 37 ans ayant subi à l'âge de 7 ans une intoxication grave par C° suivie de séquelles = céphalées, vertiges, vomissements, sueurs, nervosité, tristesse — amélioration lente.

Nouvelle intoxication pendant son adolescence, due au gaz d'éclairage = difficulté de travail, neurasthénie améliorée par trois mois de traitement. Il persiste des séquelles : irritabilité, colère, refus d'aliments, mélancolie qui ne s'améliorent qu'après un an environ ; des céphalées fréquentes persistent.

A 37 ans nouvelle intoxication par le gaz d'éclairage. Céphalée, mélancolie, troubles mentaux à forme de dépersonnalisation, somnolence, troubles de la mémoire — ne s'améliorant que partiellement après six mois de traitement. R. L.

Action d'une eau bicarbonatée forte sur l'indice chromique résiduel du plasma dans le diabète et les cirrhoses du foie. — MM. A. Puech, P. Monnier et P. Lazerges (*Soc. des Sciences Méd. et Biol. de Montpellier et du Languedoc Méditerranéen*, 5 février 1943). — L'ingestion d'eau minérale de Vals-Constantine provoque un abaissement rapide de cet indice lorsqu'il est élevé, ce qui s'observe chez les diabétiques et chez certains cirrhotiques. Elle reste sans effet chez les cirrhotiques dont l'indice est normal. L'indice remonte après la cessation du traitement, poursuivi 21 jours dans les conditions de l'expérience. M. L.

La thermométrie tissulaire. O. Lippross. *Zentralblatt f. inn. Med.*, 15 août 1942.

Il est possible grâce à un galvanomètre relié à un système thermo-électrique différentiel de mesurer et d'enregistrer la température locale de façon précise. L'auteur a étudié la topographie thermique de l'homme sain ainsi que les divers facteurs de variation locale. Il a également étudié des malades les causes locales de variation thermique où l'inflammation n'est pas seule à jouer un rôle mais où il faut tenir compte aussi de la circulation, de l'état du système nerveux. vaso-moteur en particulier et des réactions réflexes à distance. Les précisions dans ce domaine paraissent susceptibles d'apporter une aide utile au diagnostic et à la thérapeutique. R. L.

Applications cliniques de la réaction de Takata-Jezler. R. Van der Hoeden. *Revue Belge des Sciences Médicales*, T. XIV, n° 7, juillet-août 1942, p. 245 à 267.

C'est en 1925 que l'auteur japonais Takata proposa de différencier la pneumonie de la broncho-pneumonie par une réaction de floculation colloïdale appliquée au sérum. Van der Hoeden rappelle au début de son important travail que Jezler (de Bâle), en 1929, employa la réaction de Takata « pour explorer le fonctionnement du foie en raison de l'apparente corrélation de l'épreuve avec l'équilibre des protéines sériques ».

L'auteur rappelle encore que « Jezler constata la positivité de la réaction au cours des maladies graves du foie, telle la cirrhose atrophique et appliqua également l'épreuve au liquide d'ascite. Il put montrer par ailleurs, qu'il n'y avait aucune relation entre le nouveau test et la bilinurémie. Par contre, une réaction positive coïncidait fréquemment avec un abaissement très accusé du rapport albumines/globulines du sérum ».

La réaction de Takata a été étudiée surtout en Allemagne, en Amérique, en Italie. En France, elle était peu connue avant les travaux d'Hugonot et Sohier. La plupart des auteurs (Skouge, Häfstrom, Schindel, Offelein, Hugonot et Sohier) considèrent une épreuve positive comme un test d'altération parenchymateuse importante. N. Fiessinger et ses collaborateurs font des réserves à ce sujet.

L'auteur après avoir rappelé ces diverses opinions expose la technique de la réaction de Takata-Jezler. Il publie ensuite ses observations personnelles réunies au nombre de 458 pendant trois années, dans le service du Professeur Govaerts, à l'hôpital Saint-Pierre de Bruxelles.

Les malades ont été groupés dans les catégories suivantes : 1° Affections du foie et des voies biliaires ; 2° affections susceptibles d'altérer le foie ; 3° affections pouvant modifier les protéines sériques ; 4° affections s'accompagnant d'épanchement dans les séreuses ou d'œdèmes étendus ; 5° affections diverses, cancers, anémies, etc.

Sur les 458 réactions de T.-J., 149 ont été positives et 34 partiellement positives. L'auteur tire de ses observations une première conclusion, à savoir que la réaction de T.-J. n'est pas spécifique des affections hépatiques. « Nous l'avons, écrit-il, trouvée positive au cours d'autres maladies : myélome, néphrose, amyloïdose et exceptionnellement pour des œdèmes de famine.

« Toutes ces affections ont de commun avec les lésions sérieuses du foie de déterminer un bouleversement important des protéines sériques. Ce n'est pas une modification du taux global des protéines qui entre en ligne de compte, car nous avons trouvé l'épreuve de T.-J. positive pour des taux inférieurs aussi bien que supérieurs à la normale. Nous voyons plutôt une corrélation fréquente entre une réaction de T.-J. positive et l'inversion du rapport A/G. »

En définitive, estime l'auteur, « l'épreuve de Takata-Jezler, de technique très simple, à la portée du praticien, trouve une place méritée parmi les diverses épreuves d'investigation hépatique ». « L'épreuve de galactosurie est théoriquement et pratiquement un meilleur test d'insuffisance hépatique, mais dans certaines circonstances, par exemple de lésions rénales, son emploi devient aléatoire. »

Il y aura intérêt à pratiquer concurremment ces deux épreuves, en y ajoutant, lors d'ictère, recommande l'auteur, l'évaluation du taux des phosphatases sanguines. M. L. S.

INFORMATIONS

(suite de la page 130)

Le *Journal Officiel* du 25 mars 1943 publie la loi n° 120, du 25 février 1943, modifiant la loi du 7 septembre 1919, instituant des sanatoriums spécialement destinés au traitement de la tuberculose et fixant les conditions d'entretien des malades dans ces établissements. Le prix de la journée des sanatoriums publics est fixé, chaque année, avant le 1er mai, par le préfet. Il peut être revisé en cours d'année. Dans le cas où un département traite avec un sanatorium privé, le traité devra être approuvé par le secrétaire d'Etat à la Santé.

Fédération Corporative des Médecins de la Région Parisienne. — La Fédération Corporative, dans la séance du 14 avril 1943, a constitué ainsi son bureau : Président, M. Laignel-Lavastine ; Vice-Président, MM. Fanton d'Andon, Bourguignon, Banzet, Herpin ; Secrétaire général, M. Dévé ; Secrétaire général adjoint, M. Grimbert ; Trésorier, M. Dhers ; Secrétaire des séances, MM. Cange, Chevalley ; Archiviste, M. Croup.

Conseil permanent d'hygiène sociale. — Sont nommés membres du Conseil permanent d'hygiène sociale : MM. Melnotte, Jouany, Dequidt, Briau, Voigt, Balthazard, Villegier, Beytout, Nobécourt, Sergent, R. Vimard, Even, Chadourne, Mouriquand, Leveuf, Fruhinsholz, Troisier, Gougerot, Santy, Strohl, Laignel-Lavastine, Leclercq, Parisot, Ameuille, Bezançon, P. Blanquis, Boucomont, Brouardel, Robert Clément, Cornil, Courcoux, Courmont, Couvelaire, Pierre Delore, Dembert Desmars, Douady, Duvoir, Evrot, Fabre, Fèvre, Gaté, Godlewski, Heuyer, Julien Huber, Huguenin, Lacassagne, Lambret, Lamarque, Lelong, Lesné, Margarot, Marquézy, A. Maurer, Moine, Robert Monod, Pautrier, Lucien Perin, Ravina, Rongier, Roussy, Sorrel, Sureau, Tanon, Arthur Vernes, Vernier, Viborel et Vignes.

Les Commissions sont ainsi composées :

1re Commission : Maternité et enfance. Président, M. Lesné ; membres, MM. Blanquis, Boucomont, Cathala, R. Clément, Couvelaire, Devraigne, Fèvre, Fruhinsholz, Heuyer, Julien Huber, Lelong, Leveuf, Marquézy, Mouriquand, Nobécourt, Ravina, Rongier, Sureau, Vignes.

2e Commission : Tuberculose. Président, M. Rist ; membres, MM. Ameuille, F. Bezançon, Chadourne, Courcoux, Courmont, Douady, Evrot, Even, Jouany, Leclercq, A. Maurer, Robert Monod, Melnotte, Sorrel, Troisier, Sergent.

3e Commission : Maladies vénériennes. Président, M. Gougerot ; membres, MM. Degos, Gaté, Margarot, Pautrier, Lucien Perin, Arthur Vernes, Vernier.

4e Commission : Cancer. Président, M. Roussy ; membres, MM. Cornil, Huguenin, Lacassagne, Lamarque, Lambret, Roux-Berger, Santy, Strohl.

5e Commission : Hygiène mentale, alcoolisme, toxicomanie. Président, M. René Fabre ; membres, MM. Brouardel, Delay, Dérobert, Duvoir, Laignel-Lavastine, Péron.

6e Commission : Education sanitaire. Président, M. Parisot ; membres, MM. Delore, Desmars, Godlewski, Tanon, Viborel, Moine.

(*J. O.*, 2 avril 1943.)

Nécrologie

Estor (de Montpellier)

Le Professeur Eugène Estor vient de succomber dans sa 82e année. C'est avec une profonde tristesse que nous avons appris la disparition de ce Maître qui portait si dignement un nom déjà porté avec honneur à la Faculté de Montpellier par son père et son grand-père qui furent tous deux professeurs.

Eugène Estor, après avoir soutenu une thèse sur le cancer de l'utérus, en 1888, devint agrégé en 1896. La chirurgie infantile l'attira particulièrement. Il en occupa la chaire avant de prendre la chaire de clinique chirurgicale où, pendant plus de dix ans, son enseignement connut un grand et légitime succès. Mais la chirurgie infantile et l'orthopédie ne cessaient de le retenir et c'est à elles qu'il consacra presque toute son activité. Son excellent *Guide pratique de chirurgie infantile*, devenu classique, en est une preuve. Ses travaux sur la scoliose, sur le traitement du mal de Pott par la méthode d'Albee, la luxation congénitale de la hanche, sont bien connus, ainsi que ceux qu'il

consacra aux fractures de la rotule, à la cranioplastie par feuilles d'or, etc...

On doit rappeler encore le rôle important et bienfaisant joué par Estor dans toutes les œuvres en faveur de l'enfance. Ne fut-il pas le créateur du sanatorium marin Saint-Pierre, à Palavas ?

Estor était depuis 1921 membre correspondant national de l'Académie de Médecine. L'Académie de Chirurgie lui avait aussi ouvert ses portes. C'est que tous ses confrères appréciaient ses travaux, estimaient son beau caractère. Tous ceux qui ont connu, comme nous, cet éminent confrère, garderont un souvenir ému de l'accueil si bienveillant et si amical qu'il réservait à ses amis dans sa belle maison familiale du plan du Palais.

Très tristement nous prions Mme Estor d'agréer l'hommage respectueux de notre douloureuse sympathie et nous adressons au Dr Henri Estor, son fils, l'expression très émue de nos affectueuses condoléances. F. L. S.

— Le Dr Menon, victime du bombardement de Rennes, le 8 mars 1943.

— Le Dr Govy, médecin des hôpitaux de Brest, victime du bombardement de Brest, le 5 avril 1943.

— Le Dr Ducastel, victime du bombardement de Boulogne-sur-Seine, le 4 avril 1943.

— M. le Professeur Danis (à Bruxelles).

— Le Dr Jean Demoor (à Bruxelles).

— Le Dr Paul Gardette (à Saint-Cloud).

— Le Dr Paul Genay (à Vittel).

— Le Dr Zipfel, professeur honoraire à l'Ecole de Médecine de Dijon, vice-président de l'Association générale des Médecins de France, président de la Prévoyance médicale, membre du Conseil d'administration de la Maison du Médecin, décédé à Antibes à l'âge de 82 ans.

LOI N° 191 DU 25 MARS 1943

relative à la relève des médecins, pharmaciens et dentistes maintenus en service dans les camps de prisonniers en Allemagne

Art. 1er. — Pour permettre la relève complète des médecins, pharmaciens et dentistes diplômes ainsi que des étudiants en médecine, en pharmacie ou en art dentaire en service dans les camps de prisonniers en Allemagne, le Secrétaire d'Etat à la Santé peut requérir dans les conditions fixées par les lois en vigueur et notamment les lois des 8 juillet 1877 et du 11 juillet 1938, les docteurs en médecine, pharmaciens et dentistes diplômés dans la limite du nombre qui sera fixé par arrêté du Secrétaire d'Etat à la Santé et du Secrétaire d'Etat à la Guerre.

Tout recours contentieux contre les désignations ainsi effectuées ne sera pas suspensif au départ.

Les docteurs en médecine, pharmaciens et dentistes qui, eu égard à leur âge ou à leur situation de famille, seraient dégagés d'obligations militaires au sens de la loi du 31 mars 1928 ne pourront, dans aucun cas, être requis pour participer à la relève du personnel sanitaire.

Les docteurs en médecine, pharmaciens et dentistes faits prisonniers au cours des opérations de guerre 1939-1940 et dont le séjour dans les camps de prisonniers aura été égal ou supérieur à une année, bénéficieront des dispositions prévues au précédent alinéa.

Art. 2. — Le Conseil supérieur de l'Ordre des Médecins et le Conseil supérieur de la pharmacie désigneront au Secrétaire d'Etat à la Santé les docteurs en médecine, pharmaciens et dentistes inscrits au tableau de leur ordre ou à la Chambre départementale de leur profession et susceptibles d'être requis pour participer à la relève du personnel sanitaire.

Les docteurs en médecine, pharmaciens et dentistes ayant obtenu leur diplôme depuis le 1er janvier 1940 et qui ne sont pas inscrits au tableau de leur ordre ou à la Chambre départementale de leur profession, sont tenus de se déclarer au préfet du département de leur domicile (inspection départementale de la Santé) dans les quinze jours de la publication de la présente loi.

Art. 3. — Les médecins, pharmaciens, dentistes ainsi désignés seront convoqués par le Secrétaire d'Etat à la Guerre avec le dernier grade d'officier dont ils étaient titulaires.

Ceux qui, au cours de leur service militaire n'ont pas été titulaires d'un grade d'officier, ainsi que ceux qui n'ont pas effectué de service militaire seront, à l'occasion de cette convocation, nommés médecins sous-lieutenants, pharmaciens sous-lieutenants, dentistes sous-lieutenants de réserve, à titre provisoire.

Art. 4. — A dater de la notification qui leur sera faite à domicile de leur convocation et jusqu'à leur libération, les intéressés jouiront des prérogatives et seront astreints aux obligations du personnel des réserves de leur grade en situation d'activité. Ils seront justiciables des tribunaux militaires pour les infractions prévues au code de justice militaire.

Art. 6. — Quiconque n'aura pas déféré dans les délais impartis à la convocation dont il a fait l'objet, sera considéré comme insoumis et sera passible, en dehors des sanctions pénales et disciplinaires prévues par les lois et règlements en vigueur et notamment par les lois organisant la profession de médecin, de pharmacien ou de dentiste, des peines prévues à l'article 193 du code de justice militaire.

Art. 6. — Les conditions dans lesquelles les étudiants en médecine, en pharmacie et en art dentaire pourront être appelés à participer à la relève seront fixées par arrêté du Ministre Secrétaire d'Etat à l'Education nationale et des Secrétaires d'Etat à la Guerre et à la Santé.

Art. 7. — Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* et exécuté comme loi de l'Etat.

Fait à Vichy, le 25 mars 1943.

A propos de la relève

Le Secrétariat d'Etat à la Santé et à la Famille communique :

Le *Journal Officiel* du 4 avril 1943 a publié une loi du 25 mars 1943, relative à la relève du personnel sanitaire.

Les médecins actuellement dans les camps de prisonniers sont, en effet, couverts par la Convention de Genève et ne sauraient être considérés en droit comme des prisonniers de guerre, mais comme les médecins des camps de prisonniers. Il en est de même pour les dentistes et les pharmaciens. Ce sont ces arguments que le Dr Grasset, Secrétaire d'Etat à la Santé et à la Famille, a invoqués pour obtenir l'accord de principe du gouvernement allemand pour une relève totale du corps sanitaire des camps de prisonniers.

Le texte qui fixe les modalités de cette relève impose aux médecins, pharmaciens et dentistes ayant obtenu leur diplôme depuis le 1er janvier 1940 et qui ne sont pas encore inscrits à l'Ordre des Médecins ou à la Chambre des Pharmaciens, d'en faire la déclaration dans les quinze jours à l'Inspection de la Santé de la Préfecture de leur résidence.

Le Secrétaire d'Etat à la Santé et à la Famille tiendra compte de l'âge et de la situation de famille de ceux, installés ou non, qu'il est susceptible de requérir. En principe, tous ceux qui peuvent exercer leur profession à titre civil, seront regardés comme susceptibles de l'exercer dans les camps de prisonniers.

Le séjour dans les camps des volontaires ou des requis pour le service de la relève du corps sanitaire des prisonniers, a été fixé à un an.

Le tour de départ sera ajourné d'un an pour ceux qui justifient :

1° D'au moins de six mois de captivité en France ou de trois mois en Allemagne ;

2° D'une blessure ou mutilation pour faits de guerre, d'une invalidité atteignant au moins 25 % au titre de la loi des Pensions ;

3° D'une citation homologuée ;

Seront exemptés définitivement, les mutilés de guerre d'un taux supérieur à 65 % et ceux qui justifient d'un an de captivité.

DECRET N° 976 DU 16 AVRIL 1943

concernant l'examen de stage clinique des étudiants de première année de médecine en 1943

Art. 1er. — L'examen de stage clinique comprend, d'une part, un examen de stage médical et, d'autre part, un examen de stage chirurgical.

Chacun de ces examens porte sur les épreuves suivantes :

a) Une mesure technique ;

b) Un examen séméiologique élémentaire ;

c) La rédaction d'une observation simple, le diagnostic étant connu.

Art. 2. — La valeur de chaque épreuve sera exprimée par une note variant de 0 à 20.

Art. 3. — Le jury de chacun de ces examens est composé du professeur de clinique dans le service duquel le candidat a fait son stage ou, à défaut, du chef de service et de deux agrégés de la Faculté de médecine ou de la Faculté mixte.

Pour les écoles de plein exercice et les écoles préparatoires, le jury sera composé du chef de service dans le service duquel le candidat a fait son stage, d'un professeur de la Faculté de médecine ou de la Faculté mixte et d'un agrégé ou, à défaut de professeur, de deux agrégés. Le professeur et les agrégés seront désignés par le ministre.

Le jury sera présidé par le professeur de la Faculté ou, à défaut, par le plus ancien des agrégés.

Art. 4. — L'examen a lieu à la fin du stage.

(*J. O.*, 18 avril 1943.)

DECRET N° 977 DU 16 AVRIL 1943

concernant les épreuves d'aptitudes générales à l'exercice de la profession médicale en 1943

Art. 1er. — Les épreuves de l'examen d'aptitudes générales à l'exercice de la profession médicale comprennent :

1° La dissection d'un organe ou d'un petit animal ;

2° Une analyse chimique permettant d'apprécier la méthode du candidat ;

3° Le montage d'un appareil de physique, avec mesure correspondante.

Art. 2. — La valeur de chaque épreuve sera exprimée par une note variant de 0 à 20.

Les coefficients suivants sont attribués à ces épreuves :

1° Dissection 2
2° Analyse chimique 1
3° Montage d'un appareil de physique.... 1

Art. 3. — Le jury dudit examen est composé ainsi qu'il suit :

1° Le doyen de la Faculté de médecine ou de la Faculté mixte ou, en cas d'empêchement, un professeur délégué par le doyen ;

2° Trois professeurs de la Faculté des sciences.

En ce qui concerne les écoles de plein exercice et les écoles préparatoires, le président, qui sera nécessairement un doyen ou, en cas d'empêchement, un professeur de la Faculté de médecine ou de la Faculté mixte, sera désigné par le ministre. Les trois autres membres du jury seront les professeurs de la Faculté des sciences de l'Université dans le ressort de laquelle se trouve l'école.

(*J. O.*, 18 avril 1943.)

CHRONIQUE

Comité national de l'Enfance

Le Comité national de l'enfance a tenu, sous la présidence du Professeur Nobécourt, le 8 avril 1943, au Secrétariat d'Etat à la santé et à la famille, successivement une Assemblée générale et une journée d'études consacrée à la Protection médico-sociale de la Maternité à la ville et à la campagne. Des rapports ont été présentés par le Professeur Couvelaire sur les Maisons maternelles ; par le Docteur Devraigne et Mme Henry Desprez, sur les Maternités rurales ; par le Professeur Rouchy, d'Angers, sur l'Organisation obstétricale à la campagne et l'accouchement à domicile ; par le Docteur Godard, sur le Rôle des assurances sociales vis-à-vis de la protection de la maternité ; par le Professeur Lereboullet, sur le rôle actuel de l'Office de protection de la Maternité et l'enfance de la Seine. Des discussions ont suivi l'exposé de chaque rapport. La conclusion est que : les Maisons maternelles, destinées non pas aux mères de famille, mais aux mères célibataires et abandonnées, réalisent un moyen pour éviter l'avortement, l'infanticide, l'abandon, que dans l'organisation obstétricale à la campagne, presque tout est à faire ; il convient de créer des Maternités rurales, d'aider les médecins et les sages-femmes pour que l'accouchement à domicile puisse être fait dans les meilleures conditions possibles, en tenant compte, dans une très large mesure, des conditions locales, différentes suivant les pays.

Le président du Comité national de l'enfance a reçu d'un lieutenant prisonnier au Kriegsgef.-Offizierläger VI A, Sœst, in Westphalie (Allemagne), la lettre suivante :

« Le mouvement Pétain du camp a conçu le projet de faire, le 31 mai, journée des mères françaises, une exposition qui sera consacrée uniquement à l'enfant jusqu'à l'âge de 12 ans. Elle aura pour but de créer au camp une atmosphère de fraîcheur et de nous rapprocher un peu plus, par la pensée, de nos familles... L'idée que nous voudrions rendre vivante est : l'enfant, joie du foyer. J'ai pensé que tu pourrais nous envoyer une documentation abondante et variée se rapportant à l'enfance. Documentation de propagande concernant les familles nombreuses, la puériculture, l'hygiène. Documentation se rapportant à l'éducation et à l'instruction de l'enfant, instruction proprement dite, éducation artistique, manuelle et physique. Nous aimerions également avoir quelques livres d'enfants, quelques recueils de chansons, quelques livres de jeux... Nous estimons que l'enfant appartient d'abord au foyer et en constitue le plus bel ornement... »

Les sentiments exprimés dans cette lettre ont profondément ému le Comité national de l'enfance. Ils témoignent de la haute tenue morale de nos chers prisonniers et sont pour nous un grand réconfort. Nos prisonniers ont compris que l'égoïsme et la diminution croissante du nombre des naissances est la vraie cause de nos malheurs, que la résurrection de la France dépend d'une forte natalité et du sort des familles.

Le Comité national de l'enfance va faire un envoi. Il demande aux lecteurs qui auraient un prisonnier à l'Oflag VI A, de joindre à leur prochain colis quelques documents pour l'exposition.

La suppression de l'oral du baccalauréat

Une circulaire du 8 avril 1943 du Ministre secrétaire d'Etat à l'Education nationale, après avoir fixé les vacances au 1er juillet pour l'enseignement secondaire et le supérieur, annonce un fait important : la suppression de l'oral du baccalauréat.

Cette décision a été prise « en raison des circonstances tout à fait exceptionnelles où nous nous trouvons ». Elle a pour but « de soulager les candidats en rendant la préparation à l'examen moins fatigante, sans que l'examen lui-même devienne moins sérieux. »

Rien n'est plus justifié en ce moment que cette suppression de l'oral. Les jeunes gens sous-alimentés, sollicités en outre par l'appel qu'on leur adresse pour apporter un renfort utile aux travaux des champs, doivent éviter le surmenage intellectuel entraîné par la préparation à l'oral.

En ce qui concerne les futurs médecins, nous voyons un autre avantage à la suppression de l'oral. Il est souligné par cette recommandation du Ministre : « Les copies devront être corrigées avec d'autant plus de soin et de scrupule que c'est de leur seule valeur que dépendra le succès des candidats ». Ces derniers n'ayant plus l'épreuve orale pour se repêcher, s'il y a lieu, devront donc apporter plus de soins encore à la rédaction de leurs copies. Ils devront s'appliquer à écrire lisiblement, à s'exprimer clairement et en bon français ; enfin, il faut bien le dire, à ne pas faire de fautes d'orthographe.

Ainsi se trouvera réalisée tout naturellement cette épreuve de la dictée, que réclamait jadis Marfan pour les étudiants en médecine et dont M. Mordagne rappelait récemment ici même le grand intérêt.

Nous ne savons si la suppression de l'oral est momentanée ou définitive. Contentons-nous pour l'instant d'avoir indiqué quels apparaissent ses avantages.

F. L. S.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.
Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (Autorisation n° 83)

N° 10. — 10 MAI 1943 116e ANNÉE Ce numéro : 2 francs.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT. — Un an : France et Colonies, 75 fr. Etudiants, 40 fr.; Etranger : 1re zone, 110 fr., 2e zone, 125 fr. *Chèques postaux : Paris 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

POUR NOS ABONNÉS DE LA ZONE NON OCCUPÉE, adresser renouvellements et toutes communications aux Messageries Hachette, 12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône) *Chèques postaux : Lyon 218* (Service *Gazette des Hôpitaux*)

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux communaux de la Région Parisienne

Concours de l'internat. Liste par ordre de tirage au sort de MM. les Membres du Jury. MM. les Docteurs : Laederich, médecin des hôpitaux de Paris ; Couvelaire, chirurgien des hôpitaux de Paris ; Delafontaine, médecin de l'hôpital de Saint-Denis ; Delanoé, médecin de l'hôpital de Corbeil ; Dresch, médecin de l'hôpital de Rambouillet ; Lamare, médecin de l'hôpital de Saint-Germain ; Perrin, médecin de l'hôpital de Saint-Denis ; Jean-Marie Auclair, médecin de l'hôpital d'Argenteuil ; Magnien, médecin de l'hôpital d'Eaubonne.

Faculté de Médecine de Paris

Examens de clinique et soutenance de thèse. — En application d'une récente décision ministérielle fixant au 30 juin la date limite où tous les examens de l'année scolaire en cours devront être terminés, il résulte que la date extrême de consignation en vue des examens de clinique est avancée au mardi 18 mai 1943 inclus.

La date extrême du dépôt des manuscrits de thèses en vue du permis d'imprimer est avancée au 1er juin 1943.

Le dépôt des exemplaires de thèses à la Bibliothèque, ainsi que la consignation en vue de la mise en série pour la soutenance, ne seront acceptés que jusqu'au samedi 12 juin 1943, dernier délai.

Toute consignation pour les cliniques ou les soutenances de thèses après les dates ci-dessus ne pourront avoir d'effet que pour la session d'octobre 1943.

Institut d'hygiène. — EXAMEN D'APTITUDE AUX FONCTIONS DE MÉDECIN BREVETÉ DE LA MARINE MARCHANDE. — En vue de préparer les candidats à cet examen, qui aura lieu en juin 1943, un enseignement spécial sera donné au Laboratoire d'hygiène sous la direction de M. Tanon, professeur d'hygiène, conseiller technique sanitaire du Ministère de la Santé publique.

Le cours durera du 19 mai au 11 juin. Il comprendra des leçons qui auront lieu chaque jour, et un cours spécial de bactériologie avec travaux pratiques.

Ouverture du cours le mercredi 19 mai, à 14 h. 30.

Peuvent s'inscrire à ce cours :

1° Les docteurs en médecine et par exception les étudiants à scolarité terminée, français et du sexe masculin ;

2° Les docteurs et étudiants en médecine, de nationalité étrangère, qui s'intéressent aux questions d'hygiène maritime et de prophylaxie internationale.

Les inscriptions sont reçues au Secrétariat (guichet n° 4), tous les matins de 10 à 12 heures, et les lundi, mercredi et vendredi, de 14 à 16 heures.

Le droit à verser est de 300 francs.

Pour tous renseignements, s'adresser au Laboratoire d'hygiène.

Facultés de Médecine de Provinces

Faculté de Médecine de Montpellier. — Trois arrêtés ministériels ont approuvé les délibérations du Conseil de l'Université de Montpellier et les règlements portant création : 1° d'un diplôme de médecine coloniale ; 2° d'un diplôme de médecine industrielle et du travail ; 3° d'un certificat d'études préparatoires et d'un diplôme de radiologie et d'électrologie médicales.

Sont admis à suivre les enseignements correspondant à ces certificats et diplômes les docteurs en médecine français et étrangers, ainsi que les étudiants en médecine français et étrangers, pourvus de 20 inscriptions validées.

Santé Publique

La nouvelle réglementation des hôpitaux et hospices publics. — Le *Journal Officiel* des 26-27 avril 1943 publie le décret n° 891, du 17 avril 1943, portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics.

Ce décret, qui remplit 15 pages du *Journal Officiel*, vise notamment tous les établissements publics communaux, intercommunaux, départementaux et interdépartementaux. Il ne s'applique pas aux établissements de caractère national.

Le titre Ier a trait à l'organisation hospitalière.

Le titre II arrête les conditions de fonctionnement des établissements hospitaliers (commission administrative, commission médicale consultative, répartition des lits, conditions d'admission, malades payants, vieillards et incurables payants, conditions de sortie, régime intérieur, consultations externes, aliénés, service médical.

Titre III. Personnel administratif et secondaire des hôpitaux et hospices publics.

Titre IV. Personnel médical et pharmaceutique. Ce personnel se compose suivant l'importance de l'établissement :

1° De médecins, chirurgiens, spécialistes gynécologues - accoucheurs, oto-rhino-laryngologistes, opthalmologistes, électro-radiologistes, stomatologistes, chefs de laboratoire de biologie médicale ;

2° D'assistants en médecine, en chirurgie ou en spécialistes ;

3° D'assistants d'anesthésie ;

4° D'internes en médecine, en chirurgie ou en spécialités ;

5° D'externes ;

Le personnel pharmaceutique se compose :

1° De pharmaciens ;

2° D'internes en pharmacie.

Les hôpitaux visés aux chapitres III et IV du présent titre peuvent en outre occuper des chirurgiens-dentistes.

Les médecins, chirurgiens, etc., sont responsables du personnel de leur service sur lequel ils ont autorité. Les chirurgiens et spécialistes doivent en principe procéder eux-mêmes aux opérations de quelque importance. Ils peuvent confier certaines opérations à leurs internes sous leur surveillance directe et leur responsabilité.

Le décret précise les obligations de chaque catégorie du personnel médical.

Le chapitre II est relatif aux hôpitaux et groupements hospitaliers des villes, sièges d'une Faculté ou d'une Ecole de plein exercice. Le chapitre III est relatif aux hôpitaux et groupements hospitaliers situés dans une ville où ne siège ni une Faculté ni une Ecole de plein exercice, mais qui sont soumis, en raison de leur importance, à des prescriptions spéciales. Le chapitre IV est relatif aux hôpitaux de moindre importance. Le chapitre V aux hospices.

Dans chacun de ces chapitres sont précisées les conditions de nomination par concours du personnel médical, ainsi que les questions relatives aux honoraires, aux mesures disciplinaires, à la disponibilité, à la démission, à la limite d'âge (65 ans pour les médecins chirurgiens, spécialistes, assistants) et à l'honorariat.

Notons que les médecins, chirurgiens, spécialistes, assistants, ainsi que les internes, internes en 1re et externes, portent leur titre suivi obligatoirement du nom de la ville siège de la Faculté ou Ecole ou siège de l'hôpital. Les anciens médecins, chirurgiens, etc., sont soumis à la même règle sous certaines conditions de durée de fonctions.

Les titres V et VI qui terminent le décret sont consacrés l'un au prix de la journée, le dernier aux conventions avec les établissements privés pour soins particuliers.

CHRONIQUE

La leçon inaugurale du Professeur J. Sénèque.

C'est devant un amphithéâtre comble que le 15 avril le Professeur J. Sénèque a pris contact avec la foule des étudiants, des amis, et de tous ceux qui avaient tenu à venir apporter au nouveau professeur un témoignage de reconnaissance ou d'admiration.

Après avoir rappelé quels étaient les maîtres qui avaient présidé à sa formation chirurgicale, Lecène, Gosset, Lenormant, il s'arrête surtout devant B. Cunéo dont il fut si longtemps l'assistant ; il en montre l'intelligence toute lumineuse qui a su toucher avec souplesse à tant de branches de la chirurgie.

Parcourant ensuite les idées chirurgicales de notre époque, J. Sénèque met en garde les jeunes esprits contre l'enthousiasme parfois excessif que peuvent déclencher certaines hypothèses brillantes, mais dont les assises ne sont pas toujours solides, « vérité hier, erreur aujourd'hui. Mais aussi peut-être vérité aujourd'hui, erreur demain ». Souvent le chirurgien doit se contenter de faire œuvre en apparence plus modeste en s'attachant aux progrès de la technique ; une perfection de plus en plus grande permet toutes les audaces et ouvre pour l'avenir de grands espoirs.

On sait comment J. Sénèque sait mettre en pratique ces belles directives ; c'est le meilleur gage de la valeur de son enseignement.

P. L.

Le fonctionnement de la relève

La *Gazette des Hôpitaux* a publié (n° 9, 1er mai 1943, p. 141) la loi sur la relève et le communiqué de M. le Secrétaire d'Etat à la Santé publique expliquant le fonctionnement de la relève médicale.

Beaucoup de jeunes confrères préoccupés de connaître les détails du mécanisme de cette relève, se sont adressés pour être documentés à « l'Association corporative des étudiants en médecine de Paris », toujours disposée à défendre les intérêts professionnels.

Voici comment se fera la relève des 800 médecins des camps de prisonniers :

1° 350 médecins militaires doivent partir les premiers pour cette relève ;

2° Le reste de l'effectif sera fourni par les médecins civils, au nombre de 250 environ, car 100 médecins militaires, déjà en Allemagne, resteront à leur poste et 100 autres médecins ont déjà été relevés. Le total de ces nombres donne bien l'effectif de 800 médecins.

Comment seront recrutés les 250 médecins civils ? On sait que les médecins non installés et les étudiants en médecine en fin de scolarité doivent faire une déclaration à l'inspection sanitaire de leur préfecture respective. C'est parmi eux que seront choisis les 250 médecins civils de la façon suivante :

a) D'abord les étudiants en fin de scolarité. Ils remplaceront les médecins auxiliaires, ce qui fera environ le huitième du contingent à fournir, soit 30 à 40 étudiants pour toute la France. L'Association corporative a demandé que seuls soient désignés les titulaires de 24 inscriptions ;

b) Viendront ensuite les diplômés non installés ;

c) Enfin les diplômés installés (si le nombre des précédents est insuffisant) et dans ce cas partiront d'abord les célibataires, puis les mariés sans enfant, enfin les mariés avec enfants.

Parmi les médecins non spécialistes il est probable que seuls partiront les célibataires qui sont en nombre suffisant. Quant aux spécialistes, particulièrement nécessaires, ils seraient tenus de partir, même mariés, le choix ne dépasserait pas les pères de deux enfants.

Maurice MORDAGNE.

ORDRE DES MEDECINS

Le Secrétariat d'Etat à la Santé et à la Famille communique :

Les premières élections depuis 1940 viennent d'avoir lieu.

Ce fut l'Ordre des Médecins qui fut appelé à procéder en exécution de la loi du 10 septembre 1940 à la désignation des membres des Conseils départementaux qui, à titre provisoire, avaient été nommés par le Secrétaire d'Etat à la Santé et à la Famille.

Cette expérience de corporatisme s'est effectuée dans les meilleures conditions et a révélé l'esprit de solidarité du Corps médical tout entier puisque, d'après les renseignements enregistrés jusqu'à présent, sur 24.946 médecins inscrits, 20.288 votèrent, soit une proportion de près de 82 %.

Peut-être, dans certains départements, les médecins n'ont-ils pas eu un souci suffisant d'appeler pour les représenter au sein de leur Conseil, des médecins appartenant aux diverses catégories de la profession, et notamment des médecins ruraux.

Il appartiendra aux nouveaux Conseils d'y suppléer par la nomination de Commissions issues des diverses catégories d'activité médicale non représentées. Ces Commissions joueront auprès d'eux le rôle de conseillers techniques.

Les présidents des anciens Conseils départementaux devront convoquer les membres élus des nouveaux Conseils en vue de leur installation. La première réunion de ces Assemblées devra être consacrée à la désignation de leur président, à la constitution de leur bureau et au tirage au sort du tiers de leurs membres sortants dans deux ans.

Une des premières tâches des nouveaux Conseils sera ensuite d'élire leurs représentants au Conseil National de l'Ordre destiné à remplacer le Conseil Supérieur actuel.

Résultats des élections (1)

Elections des départements :

Ain. — Titulaires : MM. Pélicand (Bourg), Convert (Bourg), Touillon (Nantua), Pitre (Bourg), Edouard (Châtillon-sur-Chalaronne), Dumarest (Hauteville), Chapuis (Bourg), Brette (Hauteville), Girardot (Bellay). — Suppléants : MM. Ballivet (Divonne), Rigaud (Saint-Rambert-en-Bugey), Adam (Bourg).

Aisne. — Titulaires : MM. François (Bohain), Menu (Laon), Bodson (Hirson), Deloug (Laon), Delvincourt (Liesse), Pierre Carrez (Saint-Quentin), Coudrain (Saint-Quentin), Matry (Folembray), Toulouse (Chauny). — Suppléants : MM. Salmon (Soissons), Glorion (Château-Thierry), Lenoir (Saint-Quentin).

Allier. — Titulaires : MM. Dufourt (Vichy), Gibert (Commentry), Huguet (Saint-Pourçain), Pénard (Moulins), Tabutin (Moulins), Phelip (Vichy), Petit (Vichy), Dessert (Montaignet-en-Forez), Walter (Vichy). — Suppléants : MM. Mouriquand (Vichy), Trapenard (Bellenaves), Lougon (Moulins).

Alpes (Basses-). — Titulaires : MM. Martin (Digne), Jouve (Digne), Caire (Manosque), Guérin (Manosque), Nalin (Forcalquier), Métral (Les Mées). — Suppléants : MM. Dragon (Oraison), Escarras (Castellane), Bergondi (Digne).

Alpes (Hautes-). — Titulaires : MM. Bruyère (Gap), Mayoly (Gap), Para (Chabottes), Bruas (Gap), Rolland (Gap), Lelèvre (Briançon). — Suppléants : MM. Mazet (Sèvres), Faure-Frac (Embrun), Blanc (Embrun).

Alpes-Maritimes. — Titulaires : MM. Figuiera (Nice), Cossa (Nice), d'Œlsnitz (Nice), Vian (Nice), Carcopino (Nice), Carlotti (Nice), Spinetta (Nice), Jouglard (Saint-Etienne), Le Noël (Nice), Lapouge (Nice), Missimilly (Nice), Pilatte (Cannes). — Suppléants : MM. Duplay (Nice), Balestre (Nice), Julien (Nice).

Ardèche. — Titulaires : MM. Cleu (Aubenas), Bourret (Privas), Bouvat (Saint-Perret), Mondan (Annonay), Pargoire (Aubenas), Bouzol (Le Chelard). — Suppléants : MM. Comte (Privas), Guiraud (Annonay), Cadet (Tournan).

Ardennes. — Titulaires : MM. Baudoin (Charleville), Rozey (Charleville), Jeanvoine (Charleville), Boissel (Charleville), Vassal (Charleville), Bellotte (Vivier-au-Court). — Suppléants : MM. Gobinet (Rethel), Martin (Revin), Guérin (Vouziers).

Ariège. — Titulaires : MM. Lestrade (Foix), Roquejoffre (Pamiers), Brunet (Foix), Sicre (Pamiers), Roques (Mirepoix), Bonnafous (Ax-les-Thermes). — Suppléants : MM. Passet (Pamiers), Dedieu (Les Cabannes), Masselin (Pamiers).

Aube. — Titulaires : MM. Gür (Troyes), Dauptain (Troyes), Paris (Troyes), Scheid (Troyes), Pucheu (Romilly), Merat (Troyes). — Suppléants : MM. Hurez (Troyes), Lebeau (Bouilly), Chezalnoël (Plancy).

Aude. — Titulaires : MM. Girou (Carcassonne), Gibert (Narbonne), Artigues (Narbonne), Aussiloux (Narbonne), Denoit (Narbonne), Cathala (Carcassonne), Caisergues (Bram), Lapeyre (Carcassonne) Tomey (Carcassonne). — Suppléants : MM. Fouchet (Lézignan), Prax (Limoux), Cannac (Carcassonne).

Aveyron. — Titulaires : MM. Garrigues (Rodez, Bonnefous (Rodez), Virenque (Rodez), Capoulade (Espalion), Cochy de Mongan (Saint-Sernin), Magnes (Villefranche), Trémolières (Espalion), Lagarde (Decazeville) Couronne (Laissac), — Suppléants : MM. Verdier (Millau), Enjalbert (Rodez), Charrié (Rodez).

Belfort (Territoire de). — Titulaires : MM. Walser (Belfort), C. Butzbach (Belfort), X. Courrot (Delle); M. Braun (Belfort), J. Ziegler (Belfort); R. Maître (Belfort). — Suppléant : M. Thomas (Giromagny).

Bouches-du-Rhône. — Titulaires : MM. de Vernejoul (Marseille) Vignoli (Salon), Mattei (Marseille), Vamette (Marseille), Piéri (Marseille), Gaston (Marseille), Bouyala (Marseille), Fiolle (Marseille), Combe (Marseille), Bocca (Marseille), Bourde (Marseille), Recordier (Marseille). — Suppléants : MM. Audier, Périot et M. Arnaud (Marseille).

Calvados. — Titulaires : MM. Lecornu (Caen), Le Rasle (Caen), Morice (Caen), Hamon (Caen), Bureau (Pont-l'Evêque), Chaperon (Caen), Viel (Lisieux), Colombe (Lisieux) Simon (Caen). — Suppléants : MM. Maugais, Desbouis et Vigot (Caen).

Cantal. — Titulaires : MM. J. Mézard (Aurillac), Dupuy (Aurillac), Girou (Aurillac), Delteil (Riom), Julhes (Saint-Flour), Delort (Saint-Flour). — Suppléants : MM. Codinet (Aurillac), Chanal (Aurillac), Peschaud (Murat).

Charente. — Titulaires : — MM. Brothier (Villafagnan), Decressac (Angoulême), André (Angoulême), Duroselle (Angoulême), Girard (Confolens), Tarieux (Angoulême), Fontaine (Barbézieux), Barret (Angoulême), Trousset (Angoulême). — Suppléants : MM. Hourtoulle, Pouget et Fétis (Angoulême).

Charente-Maritime. — Titulaires : MM. Barraud (Châtelaillon-Plage), Jonchères (Saintes), Trocmé (La Rochelle), Monod (Saintes), Demarque (Rochefort), Cuzaillet (Pons), Torlais (La Rochelle), Séguinot (Saintes), de Gaye (Royan). — Suppléants : MM. Vialard (Rochefort), Dufour (La Rochelle), Dubois (Saujon).

Cher. — Titulaires : MM. Eschbach (Bourges), Chamaillard (Aix-d'Angillon), Poinceau (Bourges), Vion (Méhun), Quignard (Châteauneuf), Gauchery (Bourges). — Suppléants : MM. Binet (Bourges), Darfeuille (Vierzon), Bonnemaison (Vaugues).

Corrèze. — Titulaires : MM. Laubie (Brive), Puyaubert (Tulle), Lacoste (Tulle), Bardon (Brive), Morelly (Tulle), Lafarge (Mérignac). — Suppléants : MM. Surun (Brive), Boutot (Brive), Deshors (Allassac).

Corse. — Titulaires : MM. da Passano (Ajaccio), Ripert (Ajaccio), J. Zucarelli (Bastia), Dragacci (Ajaccio), del Pellegrino (Ajaccio), Abbatucci (Bastia).

Côte-d'Or. — Titulaires : MM. Montcharmont (Dijon), Mégret (Dijon), Tassin (Beaune), Petitjean (Dijon), Vergne (Dijon), Brousolle (Dijon), Deguignand (Dijon), Guillemard (Dijon), Leblanc (Dijon). — Suppléants : MM. Bottemer (Dijon), Hubner (Dijon), Barbier (Dijon).

(A suivre.)

(1) Seine, Seine-et-Oise, Seine-et-Marne, voir *Gazette des Hôpitaux*, 1er mai 1943, n° 9, p. 130.





TRAITEMENT DES ANÉMIES ET DES DÉFICIENCES NEURO-ORGANIQUES
SOJAMINOL, complexe d'acides aminés : histidine, tryptophane, extrait du SOJA, riche en vitamines naturelles du groupe B associé aux gluconates de Fer et de Cuivre et à un neuratonique ataxique de synthèse : l'Ambotolyl.
MODE D'EMPLOI :
Adultes : 2 comprimés à chacun des trois repas.
Enfants : 2 comprimés à chacun des deux principaux repas.
SOJAMINOL
COMPRIMÉS
LABORATOIRE du NEUROTENSYL
72, Bd Davout - PARIS (20e)



LABORATOIRES "ANA"
DOCTEUR VENDEL & Cie



CONVALESCENCE...
Période de reprise, de retour à la normale, la convalescence est un état dangereux, au cours duquel l'organisme affaibli ne doit pas être soumis à un travail excessif.
Il faut au contraire s'ingénier à lui fournir des aliments énergétiques, d'assimilation aisée et intégrale. En particulier les glucides, source de chaleur et d'énergie doivent être utilisées, principalement sous forme de bouillies maltosées.
La DIASE CÉRÉALE, faite de farines sélectionnées de froment et d'orge, à taux d'extraction modéré, contient une diastase dont l'action solubilisante sur les amidons permet l'obtention de bouillies semi-fluides à haute concentration alimentaire, constituées principalement par des polyoses assimilables.
Les bouillies de DIASE CÉRÉALE apportent ainsi au convalescent la surcharge glucidique indispensable à son organisme, pour surmonter sa faiblesse et retrouver sa vigueur normale.
DIASE CÉRÉALE
LA FARINE DIASTASÉE DE RÉGIME
Etts. JACQUEMAIRE — VILLEFRANCHE (Rhône)

ECTOPIES DU TESTICULE
CRYPTORCHIDIES
Les lésions et leur déterminisme
LE DIAGNOSTIC

Par le Professeur Pierre Nobécourt
Membre de l'Académie de Médecine

Les testicules proviennent des *éminences sexuelles* qui, dans l'embryon humain, se constituent de chaque côté du mésentère, pendant les quatrième et cinquième semaines. Ils occupent alors les *régions lombaires*.

Puis ils entrent en *migration* et descendent dans la cavité abdominale. A la fin du quatrième mois, ils occupent une *position inférieure à celle des reins* ; au sixième mois, ils sont à l'orifice interne du canal inguinal.

Enfin, ils traversent ce canal. Au huitième mois, ils atteignent le *fond des bourses*.

La même migration ne s'effectue pas dans toutes les *espèces animales*. Les testicules restent, chez les oiseaux, en *position* lombaire ; chez les pachydermes (éléphant, rhinocéros), en position iliaque ; chez le chameau, à l'anneau inguinal externe.

Le **déterminisme de la migration** n'est pas élucidé. D'après L. Ombrédanne (1), le rôle qui a été attribué au *canal vagino-péritonéal* ou au *gubernaculum testis* est hypothétique ou nul ; la migration paraît être essentiellement un phénomène d'*inégalité de croissance*. On invoque l'intervention de l'*hormone gonadotrope* de l'antéhypophyse, des *hormones thyroïdiennes*, du *thymus* ; mais la preuve de cette intervention n'a pas été administrée.

Au cours de la descente du testicule, il peut se produire un **arrêt dans sa migration**. Il ne vient pas occuper au fond des bourses sa place normale : il reste en *ectopie*.

***

Le testicule en ectopie (ἐκ, hors ; τόπος, lieu) occupe l'emplacement où sa migration s'est arrêtée.

L'**ectopie lombaire** ou **sous-rénale** est très rare.

L'**ectopie iliaque** est moins rare. Le testicule siège plus ou moins bas dans la fosse iliaque, jusqu'au voisinage de l'orifice inguinal interne. Tantôt, il est aplasié, peu mobile et son cordon est très court. Tantôt, il a un aspect sensiblement normal, est mobile, son cordon est long et sinueux.

L'**ectopie inguinale** est la plus fréquente.

Il existe, en outre des **aberrations de migration** : testicule en ectopie abdominale, très mobile, logé derrière la vessie ou dans une hernie crurale ; testicule en ectopie inguinale, logé entre les plans de la paroi abdominale, etc.

Histologie des testicules en ectopie. — L'histologie des testicules ectopiques de l'homme et des animaux a été l'objet de nombreux travaux. Louis Salomon (2) en a fait un exposé détaillé.

Avant la puberté, le testicule ectopique peut avoir un volume réduit, mais sa structure est la même que celle du testicule normal. La prédominance du tissu interstitiel, que signalent certains auteurs, est la règle dans le testicule normal de l'enfant.

Après la puberté, le testicule est plus ou moins modifié, suivant les cas. Il présente des *lésions dégénératives des tubes séminifères* et de *l'hyperplasie du tissu interstitiel*.

Tubes séminifères. — Félizet et Branca (1898-1901), dans 51 cas, ont constaté l'absence de toute spermatogenèse.

Pour Southam et Cooper (1907), Wangestein, les lésions dégénératives des tubes sont la règle, à quelques exceptions près.

Dans les tubes des testicules en ectopie abdominale de l'homme, du porc, du chien, du bélier, Osland (1926), constate des éléments oviformes, dont la structure est très voisine de celle des gonies, et de cellules de Sertoli assez éloignées du type adulte, rappelant les cellules indifférenciées des impubères ; ces éléments seraient susceptibles de régénération quand le testicule est descendu dans les bourses.

H. de Winivarter, Tavarès (1930), dans les tubes en apparence très altérés, trouvent des gonies et des spermatocytes ; ils admettent également la possibilité d'une régénération.

On peut conclure, avec L. Ombrédanne : « Après la puberté, l'épithélium est toujours atypique ; tantôt on ne trouve que des cellules de Sertoli ; tantôt on trouve quelques ébauches cellulaires appartenant à la lignée séminale, spermatogonies, spermatocytes, très rarement des sperlignée séminale, spermatogonies, spermatocytes, très rarement des spermatides, mais jamais de spermatozoïdes. »

Tissu interstitiel. — Bouin et Ancel (1904) ont constaté l'hyperplasie du tissu interstitiel. Celle-ci a été retrouvée par de nombreux auteurs.

(1) Ombrédanne (L.). *Précis clinique et opératoire de chirurgie infantile*. Troisième édition, Masson et Cie, Paris, 1932, p. 885. — Ectopie testiculaire et puberté. *La Presse thermale et thérapeutique*, 76e année, n° 3297, 1er juillet 1935, p. 412.

(2) Salomon (Louis). La glande interstitielle du testicule. Son histophysiologie générale et ses tumeurs chez les mammifères domestiques et chez l'homme. *Thèse de Paris*, 1938. E. Le François.

« On ne peut guère mettre en doute, écrit Louis Salomon, les observations si concordantes de Tavarès, Goddart, Michel et Porte chez l'homme. »

Le tissu interstitiel qui, d'après l'opinion généralement admise aujourd'hui, élabore les hormones sexuelles, conserve cette fonction dans le testicule ectopique. Moore (1928-1931), Jeffries (1931) ont isolé des testicules ectopiques une *hormone sexuelle* aussi active que celle provenant d'un testicule normal.

Ectopies expérimentales. — Des ectopies expérimentales ont été réalisées par A. Knud Sand (1921), Moore (1924), Oslund (1924), Korawchewsky (1930).

Chez le cobaye, le testicule fixé dans l'abdomen présente, dès le septième jour, des lésions dégénératives ; celles-ci sont très avancées au deuxième mois, complètes au septième.

Quand le testicule est ectopié avant la maturité sexuelle, puis réintroduit dans les bourses après vingt à trente jours, la spermatogenèse reparaît au bout de trois mois et demi.

Bouin et Ancel ont débité en coupes sériées des testicules ectopiés de cobayes « sans trouver une seule cellule séminale. Il ne subsiste ni spermatides, ni spermatocytes, ni spermatogonies ».

Mme Foncin fixe dans l'abdomen des testicules de cobayes âgés de trois semaines, qui ne contiennent pas encore de cellules séminales ; ces cellules ne se développent pas.

Chez un porc ayant une ectopie unilatérale, Bouin et Ancel font, à six semaines, l'ablation du testicule descendu. Le testicule ectopique acquiert, dans la suite, un volume double du volume normal ; cet accroissement est réalisé par l'hypertrophie du tissu interstitiel. Knud Sand (1918) fait des constatations de même ordre. Lipschutz est moins affirmatif.

Somme toute, les recherches expérimentales confirment les données acquises par l'histologie des testicules spontanément ectopiques.

Déterminisme des ectopies. — On ne sait rien de précis sur les facteurs des ectopies testiculaires.

On invoque des **facteurs mécaniques**. Mais, écrit L. Ombrédanne, « l'immense majorité des explications données sont du pur roman ». Il n'a jamais trouvé d'adhérences péritonéales ou épiploïques empêchant la migration ; il ne pense pas qu'intervienne une disproportion entre le volume du testicule et le calibre du canal inguinal. Il a presque toujours constaté « une cause matérielle, mécanique, capable de s'opposer à la descente du testicule.. Ce sont des brides fibreuses, disposées en tous sens, barrant le passage... à la sortie du canal, au niveau de la racine des bourses. Mais, ajoute-t-il, il est impossible de dire si cet encombrement inguino-scrotal par des brides fibreuses est la cause ou l'effet de l'arrêt de la migration ». D'ailleurs ce facteur ne pourrait intervenir que dans le déterminisme des ectopies inguinales.

Quant aux **facteurs biologiques**, réalisés par des troubles des fonctions de l'antéhypophyse, de la glande thyroïde, du thymus, ils ne sont encore que des hypothèses ; nous verrons ci-dessous l'incertitude des actions opothérapiques.

D'ailleurs, remarque Jacques Leveuf (1), une insuffisance hypophysaire ne peut expliquer une ectopie unilatérale, alors qu'un des testicules effectue régulièrement sa descente.

Déterminisme des lésions du testicule en ectopie. — Les lésions du testicule en ectopie peuvent, soit relever des mêmes facteurs que l'arrêt de la migration, être *congénitales*, soit être la *conséquence de l'ectopie*.

L'**origine congénitale** est admise par Félizet. Il s'agit d'une *aplasie* ou d'une *hypoplasie*. En faveur de cette opinion plaident la coexistence d'autres dysplasies, notamment la brièveté du cordon et du canal déférent, le fait que certains testicules, une fois amenés dans les bourses, ne se développent pas, à l'encontre de beaucoup d'autres. Cette théorie paraît donc valable pour certains testicules ectopiques.

Dans bien des cas, les lésions du testicule sont la **conséquence de l'ectopie**. Elles s'installent dans les ectopies expérimentales et disparaissent quand le testicule est replacé dans les bourses.

Comme facteurs de la dystrophie testiculaire, conséquence de l'ectopie, on invoque l'*absence de mobilité* du testicule et la *température*.

La *mobilité du testicule* serait la condition nécessaire d'une nutrition régulière. « Ce sont, écrit L. Ombrédanne, les testicules fixes qui sont surtout atrophiques. Le testicule iliaque mobile est souvent un très beau testicule ; le testicule flottant est plus beau que le testicule inguinal fixe. » Toutefois, le défaut de mobilité ne paraît pas être le seul facteur : « en règle, les testicules iliaques, même mobiles, ne donnent pas de spermatozoïdes ».

La *température* élevée à laquelle est soumis le testicule ectopique serait la cause de la dysplasie, d'après Crew (1922), Moore (1926), etc. Dans l'abdomen, en effet, la température dépasse de 1° à 8° la température dans les bourses, chez le rat, le cobaye, le lapin et également, d'après Harrenstein (1928), chez le garçon. On pourrait provoquer un état histologique semblable à celui du testicule ectopié en soumettant un testicule normal à la chaleur pendant un temps convenable. Le scrotum protégerait le testicule en modérant la chaleur.

Diagnostic des ectopies testiculaires. — Le testicule en ectopie, *tantôt est palpable*, tantôt *ne peut être découvert par un examen attentif*.

Dans cette dernière éventualité, il y a **cryptorchidie** (κρυπτὸς, caché; ὄρχις, testicule). Quand les deux testicules sont cachés, la cryptorchidie

(1) Leveuf (Jacques). L'ectopie testiculaire, *Journal des Praticiens*, 13 juin 1942, p. 177.

est *bilatérale* ; quand un seul est caché, elle est *unilatérale* ; alors on dit encore qu'il y a *monorchidie*.

Pour éviter les confusions, il convient de bien préciser, comme l'ont fait U. Trélat et J.-J. Peyrot (1), le sens du mot *cryptorchidie*. Le testicule cryptorchide est un testicule caché, en ectopie; on suppose qu'il existe ; mais il peut manquer, il peut y avoir *anorchidie*. Celle-ci peut être unilatérale ou bilatérale. On ne peut affirmer l'existence du testicule caché que par l'intervention chirurgicale ou la nécropsie.

La **fréquence** de la cryptorchidie est diversement appréciée. Marshalle (1828), sur 10.800 conscrits constate 12 ectopies, soit 0,11 p. 100 ; 11 ectopies unilatérales (5 à droite, 6 à gauche) et 1 ectopie bilatérale. Thorek (1924) rencontre l'ectopie chez 1,25 p. 100 des adultes ; elle est plus souvent bilatérale qu'unilatérale. H.-G. Armstrong (1918), constate l'absence des deux testicules dans le scrotum chez environ 7 collégiens sur 1.000 (2).

Sur 500 garçons de tous âges, depuis le début de l'enfance jusqu'à 20 ans, observés dans mon cabinet, j'en trouve 492 avec des testicules palpables, quelquefois haut placés et difficiles à découvrir, et 8, soit 1,60 p. 100, qui sont cryptorchides. Les 8 cryptorchidies sont : 2 bilatérales, 6 unilatérales ; ces dernières siègent 5 à gauche, 1 à droite.

U. Trélat et J.-J. Peyrot, réunissant les relevés de Pétrequin, Oustalet, Goddart, trouvent, pour 92 ectopies d'adultes, 38 ectopies droites et 54 ectopies gauches.

Les nombres suivants n'ont qu'une valeur approximative :

La cryptorchidie se rencontre chez 1 p. 100 des sujets de tous âges. Elle est bilatérale dans environ 15 p. 100, unilatérale dans 85 p. 100 des cas. Unilatérale, elle siège à droite dans 40 p. 100 et à gauche dans 59 p. 100 des cas.

Dans l'**ectopie inguinale**, qui peut être unilatérale ou bilatérale, on ne trouve pas un testicule ou les testicules dans les bourses ; ou bien on le palpe à leur racine, à l'anneau inguinal externe ou même dans le canal inguinal ; ou bien on ne le découvre pas.

Quand le testicule est ainsi haut placé, il se présente suivant deux modalités.

Dans la *première modalité*, qui est rare, le testicule est *fixé* en un point du canal inguinal : on ne peut pas l'abaisser par les manœuvres appropriées au-dessous du niveau de la racine de la verge. C'est à cette modalité qu'il faut réserve l'appellation d'*ectopie inguinale*. L'organe est généralement petit et mou.

La *seconde* modalité est banale et ne doit pas être considérée comme une ectopie ; c'est une *fausse ectopie*. Le testicule est *flottant* ; on l'amène facilement dans les bourses. Mais il remonte avec une grande facilité et se cache dans l'anneau inguinal : le frôlement de la face interne de la cuisse, le geste d'avancer la main vers les bourses, la pudeur, l'émotion causée par l'examen médical, suffisent pour provoquer une contraction brusque du crémaster et l'ascension : c'est, suivant l'expression de Georges Marañon, un *testicule en ascenceur*. L'organe est normal. Le testicule flottant est physiologique ; avec l'âge, il vient occuper sa place au fond des bourses.

Chez les garçons obèses, le testicule peut être englobé dans le tissu adipeux qui infiltre la racine de la verge, difficile à palper ; on pense parfois alors, à tort, à une ectopie. Inversement, on peut prendre pour le testicule une masse de graisse. Il y a là des causes d'erreurs de diagnostic ; il convient de répéter les examens avant de se prononcer.

Dans les **autres variétés d'ectopie**, quand il y a *cryptorchidie*, on constate celle-ci sans pouvoir se prononcer sur la situation et l'état du ou des testicules ectopiés, et même sur leur existence, car il peut y avoir *anorchidie* uni ou bilatérale.

(1) Trélat (U.) et Peyrot (J.-J.). Cryptorchide, *in* A. Dechambre, *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, 1re série, tome 24, 1886.

(2) Comby (Jules). Ectopie testiculaire chez l'enfant. Revue générale. *Archives de Médecine des Enfants*, tome 43, n° 5-6, p. 162, mai-juin 1940.

(Suite du tableau n° 1)

Médiateurs Chimiques

par le Docteur F. MOREL

DENOMINATIONS CONSTITUTION ET CARACTÈRES CHIMIQUES	MODE DE TRANSMISSION NERVEUSE TESTS SPÉCIFIQUES ET DOSAGES	AGENTS A ACTION HOMOLOGUE OU *MIMETIQUES*	AGENTS A ACTION ANTAGONISTE OU *LYTIQUES*
HISTAMINE *VRAISEMBLABLEMENT TERME ULTIME DE LA DEGRADATION DES SUBSTANCES VASODILATATRICES DES TISSUS.* *β IMINAZOL-ETHYLAMINE* Processus de formation habituel : Décarboxylation de l'*histidine*, acide correspondant. Synthèse par Windaus et Vogt en 1907. Extraction par Barger et Dale, de l'ergot de seigle en 1910, de la muqueuse intestinale en 1911. Détruite dans l'organisme par une diastase spécifique : l'*histaminase*, abondante dans *rein*, *poumon*, intestin. Très soluble dans l'eau ; dialyse facilement ; soluble dans l'alcool, l'acétone, le chloroforme chaud. Stable à 100° en milieu acide, non en milieu alcalin. *Réaction de Pauly* positive (liée à la présence du noyau iminazol), assez sensible mais non spécifique.	*HISTAMINERGIE. Domaine* : Fibres neuro-végétatives empruntant les **racines postérieures**. La libération d'histamine intervient : *a*) dans la vaso-dilatation « dite » antidromique (expér. chez le chien : patte, viscères abdominaux, poumon, glande sous-maxillaire) ; *b*) dans les phénomènes de réflexe d'axone ; *c*) dans la vaso-dilatation réflexe. L'histamine n'est *pas inhibée* par *l'atropine* ; par contre, elle est *inhibée spécifiquement* par les récents *anti-histaminiques de synthèse*, qui agissent *par leur présence*, en modifiant la réaction des tissus, à la manière de l'atropine vis-à-vis de l'acétylcholine. L'histamine n'est pas la cause de l'excitation nerveuse histaminergique, elle en est la conséquence : l'histamine libérée à la terminaison des nerfs joue le rôle de médiateur chimique de l'influx nerveux (Ungar). Comme elle est assez stable, ses effets peuvent diffuser dans l'organisme (messagère chimique), avant que n'intervienne sa destruction par l'histaminase. *TESTS* : 1° Chimiques, basés sur la réaction de Pauly : non spécifiques, insuffisamment sensibles, critiquables dans leur principe même : précipitation phosphotungstique qui précipite également l'histamine ; 2° biologiques : contraction de l'utérus et de l'intestin isolés du cobaye. Technique de Barsoum et Gaddum : « *Equivalent histaminique* » du sang et de l'urine (Cerqua ; J.-L. Parrot) ; *dilutions de l'ordre de* 10^{-7} *à* 10^{-8} ; 3° tests sur l'animal entier (Ungar) : *augmentation de la sécrétion gastrique* du chien chloralosé et atropinisé ; 4° *triade cutanée réactionnelle* de Lewis chez l'homme.	**SUBSTANCES HISTAMINIQUES** (*HORMONES TISSULAIRES VASODILATATRICES*) *HISTAMINE.* *Callidréine* (*Padutine*) : Contrairement à l'histamine, insoluble dans l'alcool, non dialysable, presque sans action sur l'intestin isolé du cobaye. *Adénosine* et ses dérivés : Contrairement à l'histamine, détruite à 100° en milieu acide, non en milieu alcalin. *Susbtance P de Gaddum* (?). *Substance de Major* (?). *Substance de Lange* (?). Contrairement à l'acétylcholine, toutes ces substances vasodilatatrices, histamine et autres, sont caractérisées par la *résistance à l'atropine* de leurs effets physiologiques communs (action hypotensive chez le chat ou le chien atropinisés).	**HISTAMINOLYTIQUES** *Agents entravant la libération d'histamine : Chocs répétés* par *antigène spécifique* ou non (*peptone*, etc.), qui épuisent la réserve cellulaire. *Anesthésiques, acide ascorbique, hyperthermie*, qui modifient le mécanisme libérateur. *Agents qui annihilent l'histamine déjà libérée* : *Formol* : combinaison physiologiquement inactive. *Histaminase* (*Torantil*) : inhibition fermentaire. *Agents qui modifient la réaction des tissus* : *Vasoconstricteurs : adrénaline, éphédrine.* *Accoutumance à l'histamine.* *Bases ANTI-HISTAMINIQUES DE SYNTHESE* : *GROUPE I : DERIVES DU METHYL-BENZODIOXANE* *933 F* ou pipéridino-méthyl-benzodioxane. *GROUPE II : DERIVES DE L'ETHYL-DIETHYLAMINE* *929 F* ou thymoxy-éthyl-diéthylamine. *GROUPE III : DERIVES DE L'ETHYLENE-DIAMINE* : *1571 F* ou diéthyl-aminoéthyl-éthylaniline. *2325 RP*, de formule voisine. *2338 RP* ou diméthyl-aminoéthyl-butylaniline. *2339 RP* ou *ANTERGAN*, ou diméthyl-aminoéthyl-éthylaniline (seul utilisé en thérapeutique en raison de son action et de sa tolérance).

MÉDIATEURS CHIMIQUES

Tableau synthétisant nos
par le Docteur François MOREL,

DENOMINATIONS CONSTITUTION ET CARACTÈRES CHIMIQUES	MODE DE TRANSMISSION NERVEUSE TESTS SPÉCIFIQUES ET DOSAGES	AGENTS A ACTION HOMOLOGUE OU *MIMETIQUES*	AGENTS A ACTION ANTAGONISTE OU *LYTIQUES*
ACETYLCHOLINE *SUBSTANCE VAGALE DES PHYSIOLOGISTES.* *PARASYMPATHICOMIMETIQUE PARFAIT.* *ESTER ACETIQUE DE LA CHOLINE.* Synthèse par Nothnagel en 1894. Très répandue dans les tissus. Dialyse facilement. Très instable : Détruite par *hydrolyse*, surtout en milieu alcalin, qui la dédouble en choline et acide acétique. Cette décomposition est effectuée rapidement dans l'organisme par une diastase spécifique, la *cholinestérase*, abondante dans les tissus, notamment le muscle cardiaque. L'action de celle-ci est inhibée par l'*ésérine*, ou par un chauffage à 56°. Les sels d'acétylcholine, entre autres *chlorure* et *bromure*, les plus utilisés, sont solubles dans l'eau, l'alcool ; insolubles dans l'éther.	*CHOLINERGIE. Domaine* : *a*) nerfs cholinergiques à effet « muscarinique » : *PARASYMPATHIQUE* cardiaque (expérience princeps d'Otto Lœwi, 1921) ; crânien ; dorso-lombaire ; pelvien ; *b*) à effet « nicotinique » : Fibres sympathiques pré-ganglionnaires (myélinisées) ; fibres aboutissant à la médullo - surrénale (homologue d'un ganglion sympathique) ; nerfs moteurs des muscles striés. L'action des premiers est *inhibée par l'atropine* ; celle des deuxièmes, non inhibée par l'atropine, inhibée par le *curare*. Le médiateur cholinergique est *renforcé par l'ésérine* (*sensibilisateur*) qui inhibe la cholinestérase. L'acétylcholine n'est pas la cause de l'excitation parasympathique, elle en est la conséquence (non parasympathico*trope*, mais parasympathico*mimétique*) : L'excitation nerveuse libère l'acétylcholine *in situ* (hormone tissulaire). Celle-ci se formerait aux dépens d'une substance inactive, rendue active par les ions K^+. Après avoir transmis l'influx nerveux au récepteur, l'intermédiaire chimique est rapidement détruit par la cholinestérase. Ses effets diffusent donc peu. *TESTS BIOLOGIQUES* : 1° Ralentissement du cœur isolé de grenouille ; 2° abaissement de la tension artérielle du chat chloralosé et ésériné ; 3° et 4° contraction des muscles droit abdominal de grenouille, et *longitudinal dorsal de sangsue, en présence d'ésérine.* Ces deux derniers tests sont très spécifiques et très sensibles, jusqu'à des *dilutions de l'ordre du milliardième* (10^{-9}).	**PARASYMPATHICOMIMETIQUES** *Parfait* = *ACETYLCHOLINE* (*VASODILATATRICE*). *Autres Esters de la choline* : Acétylméthylcholine (*Hypotan*) ; Carbamylméthylcholine (*Iricholine*) ; Carbamylcholine (*Doryl* : us. surtout vétér., météorisme des bovidés). *Famille de l'ésérine* (agissent en inhibant la cholinestérase) : *ESERINE* ou physostigmine (fève de Calabar) ; *GENESERINE* (Polonovski et Nitzberg, moins toxique). *PROSTIGMINE* (alcaloïde *synthétique* voisin de l'ésérine). *PILOCARPINE* (Jaborandi). (Contient le noyau iminazol comme l'histamine. *Arécoline* (us. vétérin.); *Muscarine; Nicotine ; Solanine.* *Hormones* : pancréatiques, insuline, mais surtout *vagotonine* (Santenoise). *Ions* : K et Na, ions alcalins. *Accessoirement* : Emétine ; morphine ; digitaline ; strophantine ; yagéine ; vitamine B_1... **DANS UNE CERTAINE MESURE : LES SYMPATHICOLYTIQUES.** **(V. ci-dessous à droite.)**	**PARASYMPATHICOLYTIQUES :** *Naturels* : Belladone, jusquiame, datura stramonium, scopolia. *Leurs alcaloïdes* (de structure tropanique) : *APROPINE*, chef de file. *HYOSCIAMINE.* *SCOPOLAMINE* ou hyoscine. *Leurs génalcaloïdes* (moins toxiques : Polonovski et Nitzberg) *GENATROPINE, GENHYOSCIAMINE, GENOSCOPOLAMINE.* *Synthétiques* : *ESTERS DE L'ACIDE TROPIQUE* (*Homatropine, Syntropan*). *ESTERS DU DIETHYLAMINO-ETHANOL* (*Propivane* : 177 RP). *Fermentaires* : Cholinestérase. *Hormones* : Parathormone. *Ions* : Ca et Mg, ions acides. *Accessoirement* : Aconitine ; quinine et quinidine ; bleu de méthylène ; gardénal ; vitamine C... **DANS UNE CERTAINE MESURE : LES SYMPATHICOMIMETIQUES.** **(V. ci-dessous à gauche)**
ADRENALINE *IDENTIFIEE A LA SYMPATHINE DES PHYSIOLOGISTES.* *SYMPATHICOMIMETIQUE PARFAIT.* *DIHYDROXY-PHENYL-ETHANOL-METHYLAMINE.* Isolement par Takamine en 1901 de la médullo-surrénale. Synthèse par Stolz en 1905. Peu soluble dans l'eau, très peu dans l'alcool, insoluble dans l'éther ; soluble dans les alcalis (ammoniaque excepté) et surtout dans les acides. Donne avec les acides des sels solubles dans l'eau, notamment *chlorhydrate*, le plus utilisé. Détruite facilement par *oxydation*, surtout en milieu alcalin, à l'air libre et à la lumière. Nombreuses *réactions colorées* non spécifiques (communes aux dérivés du catéchol). Forte action réductrice. L'adrénaline naturelle est lévogyre ; la synthétique, racémique, doit être dédoublée en dextrogyre (peu active) et *lévogyre* (seule utilisée).	*ADRENERGIE. Domaine* des nerfs adrénergiques : *SYMPATHIQUE* post-ganglionnaire (fibres amyéliniques), avec des exceptions (certains vasodilatateurs, les nerfs sudoripares qui sont cholinergiques). Inversement le pneumogastrique semble contenir des filets adrénergiques. (*Classifications anatomique et physiologique non superposables.*) Certaines des actions de l'adrénaline sont *inhibées par l'ergotamine, l'yohimbine.* Au contraire, l'action est *renforcée par la cocaïne* (*sensibilisateur*). De même les *anti-oxygènes* (pyrogallol) prolongent son action en s'opposant à sa destruction par oxydation. L'adrénaline n'est pas la cause de l'excitation sympathique, elle en est la conséquence (non sympathico*trope*, mais sympathico*mimétique*) : L'excitation nerveuse libère l'adrénaline *in situ* (hormone tissulaire). Celle-ci se formerait aux dépens d'une substance inactive, rendue active par les ions H^+. L'adrénaline étant relativement stable, ses effets pourront diffuser avant sa destruction. *TESTS* : 1° Chimiques : réactions colorées, non spécifiques et insuffisamment sensibles puisqu'il faut mettre en évidence des *dilutions de l'ordre de* 10^{-9} ; 2° tests biologiques sur organes isolés : relâchement de l'intestin isolé du cobaye ; réduction du débit lors de la perfusion du train postérieur de grenouille ou de l'oreille isolée du lapin ; 3° tests sur l'animal entier : accélération du cœur énervé chez le chat cocaïnisé; contrac. de la membrane nictitante; 4° spectre absorption U. V.	**SYMPATHICOMIMETIQUES :** *Parfait* = *ADRENALINE* (*VASOCONSTRICTRICE*). *Naturels* : *EPHEDRINE* (sorte d' « adrénaline végétale » de constitution chimique très voisine : Hydroxy-Phényl-Propanol-Méthylamine). *Tyramine ; Hordénine ; Cocaïne ; Iso-amylamine.* *Synthétiques* : *NOREPHEDRINE* (type *Pressyl*). *NOREPHEDRANE* (ou désoxynoréphédrine) : *Soit à l'état de base* volatile (*Rhinalator*) ; *Soit à l'état de sels* à action périphérique et centrale : Sulfate (*Ortédrine* = 2194 RP) ; Acétylsalicylate (*Corydrane*). *PHENEDRINE* : Phényl-isopropylamine. Produit de synthèse voisin de l'adrénaline et de l'éphédrine. *Hormones* : Thyroxine. Désoxycorticostérone. Hormone hypertensive post-hypophysaire. *Accessoirement* : Iode et iodure ; strychnine... **DANS UNE CERTAINE MESURE : LES PARASYMPATHICOLYTIQUES.** **(V. ci-dessus à droite.)**	**SYMPATHICOLYTIQUES :** *Naturels* : Tous ne sont pas « adrénolytiques » et vasodilatateurs. Deux groupes : *VASOCONSTRICTEURS* : *ERGOTAMINE* (non adrénolytique, gangrène de la crête du coq. Appartient au groupe insoluble des alcaloïdes de l'ergot ; les solubles, type ergométrine, ne sont pas sympathicolytiques). *VASODILATATEURS* : « *LES YOHIMBINES*, nombreux isomères dextrogyres (un lévogyre non utilisé). *Synthétiques* : *ADRENOLYTIQUES : DERIVES DU METHYL-BENZODIOXANE.* *Action périphérique* : 883 F ou diéthyl - amino - méthylbenzodioxane, ou *Prosympal.* *Action centrale* : 933 F ou pipéridino-méthylbenzodioxane. *HISTAMINOLYTIQUES : DERIVES DE L'ETHYLENE - DIAMINE. Type Antergan : 2339 R. P.* *Accessoirement* : Bases xanthiques : théophylline, aminophylline, théobromine, caféine ; cratœgus ; passiflore ; valériane ; bromures ; papavérine ; benzoate de benzyle ; nitrites ; vitamine A (antagoniste de la thyroxine)... **DANS UNE CERTAINE MESURE : LES PARASYMPATHICOMIMETIQUES.** **(V. ci-dessus à gauche)**

I. Cholinergie. Adrénergie

SYNDROMES CLINIQUES TYPES D'HYPERERGIE NEURO-VEGETATIVE	EXPLORATIONS FONCTIONNELLES CORRESPONDANTES	DEDUCTIONS THERAPEUTIQUES DIRECTIVES. — NOUVEAUTÉS
Hypercholinergie = SYNDROMES DE PARASYMPATHICOTONIE OU VAGOTONIE (parfois, dans une certaine mesure, par hypotonie orthosympathique). « **LES DIX COMMANDEMENTS** » **neuro-végétatifs** : *(schématique).* (1) *Oculaire :* Myosis. Enopthalmie. Rétrécissement de la fente palpébrale. Larmoiement. Hypotonie du globe. (2) *Sécrétoire : salivaire, sudoral :* Sialorrhée. Sudation. Constitution vago-séborrhéique. (3) *Cutanéo-muqueux cranio-facial :* Coryza spasmodique. Rhume des foins. Sujets « rougissant » facilement. (4) *Cardiaque :* Bradycardie. Tendance syncopale. Arythmie respiratoire marquée. (5) *Bronchique :* Asthme et équivalents par broncho-constriction. Hypersécrétion. Toux spasmodique. (6) *Gastro-intestinal, pancréato-biliaire :* Nausées, vomissements, aérophagie, gastralgie, hyperchlorhydrie, spasmes gastrique et vésiculaire, constipation spasmodique alternant avec des poussées diarrhéiques. (7) *Rénal, vasculaire :* Hypotension artérielle. (8) *Recto-colique :* Entérocolite muco-membraneuse. Côlon spasmé, polysegmenté. Mégacôlon. (9) *Urétéro-vésical :* Pollakiurie, dysurie, diminution de la capacité vésicale. Enurésie. Coliques urétérales. (10) *Génital :* Erections et pollutions nocturnes. Hypergénésie. Dysménorrhée et stérilité par spasme de l'isthme utérin. Vaginisme.	*CRITERES BIO-CLINIQUES DE PARASYMPATHICOTONIE :* *Epreuves métaboliques :* Métabolisme de base —, glycémie —, calcémie —, kaliémie +, natrémie +, cholinestérase sanguine + (?), acidités gastriques +. *Epreuves pharmacodynamiques :* Esérine : + + + Pilocarpine : + + + Adrénaline : O Atropine : O. *Tests de déséquilibre acide-base :* Syndrome d'*alcalose.* *Tests de dysrégulations hormonales :* Rechercher notamment les tests d'*hypo-parathyréose.* *Réflexes neuro-végétatifs :* R. O. C. exagéré, fortement positif : ralentissement supérieur à 10 pulsations par min. *Réflexe solaire* nul. *Dermographisme.* *Pouls et tension artérielle :* —.	« **La plupart des médicaments neuro-végétatifs n'agissent pas sur « LES DIX COMMANDEMENTS », mais bien sur quelques territoires d'une manière élective** » (Justin-Besançon). A) *LES PARASYMPATHICOLYTIQUES.* *Sulfate d'atropine :* Agit en (1) collyre mydriatique classique ; en (2), (5), (6), (8), par 1/4 de mgr. s/c ; doses du codex trop fortes ; en gastrologie, association excellente avec bromure de sodium, supportée même en i/v. lente. *Sulfate de génatropine :* moins toxique, 1 à 5 mgr. *Sulfate d'hyoscîamine et bromhydrate de scopolamine :* Action centrale : Parkinson, 1/2 à 1 mgr. *Salicylate de génhyosciamine et bromhydrate de génoscopolamine :* moins toxiques, 1 à 5 mgr. *Bromhydrate d'homatropine :* collyre sans troubles visuels durables ni risques de glaucome. *Syntropan :* Antispasmodique : N'a pas les effets secondaires de l'atropine. 1 à 3 comp. à 2 cgr. *Propivane* (177 RP) : *Id.,* 2 à 8 dragées à 5 cgr. B) *LES SYMPATHICOMIMETIQUES.* **Chlorhydrate d'ADRENALINE** : Agit en (1) peu usité ; (3) huile adrénalinée ; (5) « crise » d'asthme, associée à post-hypophyse (*évatmine*); (7) contre le choc hypotensif. S/c par 1/4 ou 1/2 milligr. ; sans sérum (escarres) ; i/v. « rinçure de seringue » ou même dose massive, plusieurs milligr., « à la demande », en perfusion veineuse lente diluée dans du sérum. *Chlorhydrate d'éphédrine (sanédrine, etc.) :* Action plus durable ; *per os :* 3 à 15 cgr. Mêm. indic. : (1) collyre mydriatique, associé ou non à homatropine ; (3) associé à aspirine (*coryphédrine*) : (5) « attaque » d'asthme ; (7) états de choc. En outre, en (9) enurésie. *Noréphédrine :* Action encore plus durable. Assoc. à camphramine : *Pressyl, per os,* ou en injec. Médicament type des collapsus. *Noréphédrane : Rhinalator :* Présentation pratique, en stylo de poche pour inhalations. *Ortédrine* (2104 RP) : Parkinson, hypersomnies ; 1 à 3 comprimés à 5 milligr. *Corydrane :* Grippe, coryzas, 1 à 4 comp., le matin de préférence. *Sulfate de phénédrine :* 2 à 8 dragées à 3 mgr.
Hyperadrénergie : SYNDROMES DE SYMPATHICOTONIE (parfois, dans une certaine mesure, par hypotonie parasympathique). « **LES DIX COMMANDEMENTS** » **neuro-végétatifs** : *(schématique).* (1) *Oculaire :* Mydriase. Exopthalmie. Elargissement de la fente palpébrale. Hypertonie du globe (glaucome). (2) *Sécrétoire : salivaire, sudoral :* Asialie. Sécheresse de la peau. Constitution sympathicopeladique. (3) *Cutanéo-muqueux cranio-facial :* Migraines par dilatation des vaiseaux dure-mériens. (4) *Cardiaque :* Tachycardie. Eréthisme. Douleurs précordiales à type d'angor. (5) *Bronchique :* Bronchodilatation. Tachypnée. (6) *Gastro-intestinal, pancréato-biliaire :* Digestions lentes. Atonie gastrique et vésiculaire. Hypochlorhydrie. Cœlialgie, crises solaires. (7) *Rénal, vasculaire :* Hypertension légère, portant sur la maxima, « débordée » par la tachycardie. (8) *Recto-colique :* Diarrhée fréquente. Atonie intestinale, notamment post-opératoire. (9) *Urétéro-vésical :* Polyurie. Glycosurie. Atonie vésicale post-opératoire. (10) *Génital :* Hémorragies de la délivrance par atonie des fibres musculaires lisses de l'utérus. Fonctions sexuelles déficientes, érection imparfaite, éjaculation prématurée. N.-B. — A côté de ces syndromes « purs », vagotonie, sympathicotonie, qui s'observent incontestablement en clinique, il existe plus souvent peut-être, des déséquilibres neuro-végétatifs « mixtes » intriqués ou alternants, qualifiés « *dystonie, neurotonie, amphotonie* ».	*CRITERES BIO-CLINIQUES DE SYMPATHICOTONIE :* *Epreuves métaboliques :* Métabolisme de base +, glycémie +, glycosurie, calcémie +, kaliémie —, natrémie —, acidités gastriques —, polyglobulie par splénocontraction. *Epreuves pharmacodynamiques :* Esérine : O Pilocarpine : O Adrénaline : + + + Atropine : + + + *Tests de déséquilibre acide-base :* Syndrome d'*acidose.* *Tests de dysrégulations hormonales :* Rechercher notamment les tests d'*hyper-thyréose.* *Réflexes neuro-végétatifs :* *R. O. C.* nul ou même inversé (pas de ralentissement ou même accélération). (Paradoxe du Basedow, où le R. O. C. est exagéré dans 60 % des cas.) *Réflexe solaire* exagéré. *Réflexe pilomoteur* exagéré. *Pouls et tension artérielle :* +.	A) *LES SYMPATHICOLYTIQUES.* *Tartrate d'ergotamine (gynergène, etc.) :* Dangereux à manier (risques gangrènes, angor), 1 à 4 milligr. Deux indications vraies : en (3) accès de migraines ; en (10) hémorragies utérines. Inutile dans Basedow, diabète. *Yohimbines dextrogyres (corynanthine, etc.) :* Agissent en (1) traitement symptomatique des exophtalmies basedowiennes, surtout résiduelles après thyroïdectomie. 3 à 4 pil. à 5 milligr. En (7) comme hypotenseur, associées à l'acéthylcholine, dans les hypertensions paroxystiques, les hémorragies rétiniennes. Action en (10) comme aphrodisiaque, très sujette à caution. *Prosympal* (883 F) : Agit en (4) angor, 10 à 20 centigr. s/c ou i/m. B) *LES PARASYMPATHICOMIMETIQUES.* **Chlorure d'ACETYLCHOLINE** (*acécoline*) ou *bromure (pragmoline) : Indications : « Vasodilatateur agissant sur les artérioles, levant les angiospasmes ». Posol. faible* (10 à 20 centigr.) : Hypertension, angor, troubles de la P. L., spasmes vasculaires oreille interne, migraine ophtalmique, état de mal épileptique, glaucome. *Posol. forte* (30 à 60 centigr.) : artérites, Raynaud, ramollissement cérébral, spasmes vaisseaux rétiniens. *Voie s/c ou i/m. Incompatibilité* formelle : atropine. *Synergies* intéressantes : yohimbine (déjà vue) ; spartéine (insuffisance cardiaque) ; camphre (dyspnée des hypertendus, œdème aigu) ; papavérine (renforcement de l'artério-dilatation). *Hypotan.* Traitem. intercalaire *per os,* 4 à 6 comp. *Salicylate d'ésérine :* Agit en (1) collyre myotique antiglaucome ; (4) tachycardie, éréthisme ; (6) crises solaires ; 1 à 2 milligr. *Salicylate de génésérine :* Moins tox., 1 à 5 mgr. *Prostigmine :* N'a pas les effets secondaires de l'ésérine. *Per os,* 1 à 10 comprimés à 15 milligr. : myopathies, myasthénies. En injec., 1 à 6 ampoules à 1/2 milligr. : atonies intestinale et vésicale post-opératoires. *Chlorhydrate ou nitrate de pilocarpine :* Trop tox. us. int.. Collyre anti-glaucome.

ACTUALITÉS

LA MACHINE NERVEUSE

Par M. J. Lhermitte
Membre de l'Académie de Médecine

M. Louis Lapicque vient de publier un ouvrage de science et de conscience qui ne peut laisser indifférent aucun de ceux que préoccupe le problème des fonctions du système nerveux pris dans son ensemble (1).

Certes, l'on ne peut exiger d'un tel livre qu'il nous renseigne sur toutes les données qui forment l'assise solide de nos connaissances en physiologie ; dans un avertissement liminaire, M. Lapicque en avertit le lecteur en indiquant que son dessein tient bien plutôt à présenter des idées neuves sur un certain nombre de questions et à en pousser l'étude à fond, qu'à donner une vue générale des fonctions nerveuses. Après avoir rappelé la structure générale de l'axe encéphalorachidien et la façon dont s'organisent les péricaryones pourvus de leur axone et de leur dendrone, Lapicque expose comment il faut comprendre aujourd'hui l'excitabilité et la conductivité des nerfs. Ce qu'il y a de très remarquable dans tout cet exposé c'est que l'auteur nous fait assister au mouvement des idées et au renouvellement des conceptions qui ont conduit à la découverte des lois qui régissent l'excitabilité neuro-musculaire en fonction de la durée de l'excitation, en d'autres termes, de la chronaxie.

Depuis Dubois-Reymond l'on considérait comme établi définitivement que « l'excitation est fonction de la dérivée de la densité du courant par rapport au temps », et l'on admettait avec l'éminent électro-physiologiste que le courant constant ayant une dérivée nulle, la prolongation du temps de passage du courant n'exerçait plus aucune influence. En réalité, les choses n'étaient pas si simples, et l'on fut obligé d'y ajouter cette autre notion que, selon le nerf considéré, la brusquerie exigée et la durée suffisante de l'excitation sont plus ou moins grandes, chacune variant en sens inverse de l'autre. C'est à Fick qu'apparut cette condition expérimentale en 1863, laquelle fut bientôt confirmée par Engelmann. Ce physiologiste opérant non plus sur des muscles à contraction rapide comme ceux de la grenouille, mais sur des muscles doués de contractions spécialement lentes tels que ceux qui rapprochent les valves de la moule ou contractent l'uretère du lapin, observa que la durée du courant constant est un élément nécessaire de l'excitation, mais qu'il s'agit pour le muscle vif de durées qui paraissent extrêmement réduites tandis que pour le muscle lent, celles-ci se montrent très appréciables. Dès 1903, M. et Mme Lapicque remarquaient que la loi de l'excitation électrique différait chez le même animal, la grenouille, selon qu'on stimulait tel ou tel appareil musculaire ; il apparut donc à ces expérimentateurs que la grandeur du temps à considérer variait considérablement d'une matière excitable à une autre. De ces recherches devait naître la notion d'un indice chronologique empirique que Lapicque désigna par le terme de chronaxie avec lequel chacun est aujourd'hui familiarisé. Mais à cette loi de l'excitabilité du nerf en fonction du temps se rattache l'appréciation de la vitesse de l'influx qui parcourt le nerf stimulé : à une grande vitesse d'influx dans le nerf correspond dans le muscle une secousse rapide et brève, à une faible vitesse une contraction lente. Il fallait donc se demander à quelle raison tenait le caractère lent ou rapide qui domine la physiologie d'un nerf.

Avec R. Legendre, Lapicque observa qu'il existait une correspondance anatomique entre le volume des fibres nerveuses et la vitesse de propagation de l'influx ; plus une fibre présente un gros diamètre, plus sa chronaxie est petite et plus rapide la propagation de l'onde qui la parcourt. Et cette liaison : chronaxie-diamètre semble bien être, d'après

(1) *La Machine nerveuse.* Un vol., Flammarion, 251 p., Paris, 1943.

(Suite du tableau n° 1)

II. Histaminergie

SYNDROMES CLINIQUES TYPES D'HYPERERGIE NEURO-VEGETATIVE	EXPLORATIONS FONCTIONNELLES CORRESPONDANTES	DEDUCTIONS THERAPEUTIQUES DIRECTIVES. — NOUVEAUTÉS
Hyperhistaminergie : SYNDROMES HISTAMINIQUES, SYNDROMES ANAPHYLACTIQUES OU ALLERGIQUES, ETATS DE CHOC (tous syndromes traduisant une libération excessive, explosive d'histamine). Urticaires ; eczémas ; dermites artificielles. Maladie sérique (de primo-injection comme de réinjection). Œdème de Quincke. Arthropathies anaphylactoïdes. Prurits divers ; prurigos ; strophulus. Migraines. Asthme essentiel. Equivalents asthmatiques : rhume des foins, coryza spasmodique. Certaines lésions observées au cours de maladies infectieuses à atteinte viscérale (typhoïde, scarlatine maligne). Ulcères gastro-duodénaux. Chocs médicamenteux ; brûlures graves ; maladie post-opératoire ; intolérances alimentaires.	*CRITÈRES DE L'ETAT ANAPHYLACTIQUE EN PATHOLOGIE HUMAINE :* *Critères de clinique expérimentale :* Essais de reproduction du syndrome clinique (*anaphylaxie active*), avec ses caractères locaux, focaux, généraux : *Soit avec l'antigène spécifique ;* **SOIT AVEC L'HISTAMINE.** *Critères biologiques :* *Crise hémoclasique* de Widal (hypotension, leucopénie, etc.). *Eosinophilie* (discutée). *Réactions tissulaires :* Cuti (méthode de Schloss) ou intradermo-réactions (méthode de Cooke) à l'antigène. *Anaphylaxie passive :* Epreuve de Prausnitz-Kustner d'homme à homme. *Tests de carence en vitamine C :* Epreuve de charge à l'acide ascorbique de Harris et Ray. *Tests de vagotonie :* « Les vagotoniques ont le privilège presque électif des maladies de sensibilisation ». *Tests de dysrégulations hormonales :* Notamment d'insuffisance cortico-surrénale. **EQUIVALENT HISTAMINIQUE** (cf. Tests spécifiques). *Critères thérapeutiques :* *Désensibilisation avec l'antigène spécifique.* **TRAITEMENT D'EPREUVE PAR LES ANTI-HISTAMINIQUES DE SYNTHESE :** *« Là où ils agiront, on pourra affirmer que l'histamine était en cause »* (J.-L. Parrot).	*Aux syndromes histaminiques, on peut opposer :* A) *LES HISTAMINOLYTIQUES.* Mentionnons seulement : les classiques *méthodes dites de désensibilisation*, spécifiques ou non, temporaires ou durables ; l'emploi classique également d'*adrénaline et éphédrine* ; l'utilisation plus récente de l'*acide ascorbique*, de la *désoxycorticostérone*. **BASES ANTI - HISTAMINIQUES DE SYNTHESE :** Les premières, peu actives, mal supportées. Actuellement, *2339 RP OU ANTERGAN ;* 0 gr. 20 à 0 gr. 80 par comprimés de 0,10. Doses plus fortes, 1 à 2 gr., exceptionnelles (intolérances ; vertiges, nausées). Surtout efficace dans urticaire, maladie sérique, asthme (action préventive surtout ; curative en fonction de l'intensité de la crise). *« Médication excellente, en plein essor, à ne pas discréditer par les abus inhérents à toute nouveauté. »* B) *L'HISTAMINE ELLE-MEME.* Outre ses indications classiques (algies, gastropathies), elle a été préconisée dans les syndromes allergiques. Elle n'agit pas par « désensibilisation vraie », comme une sorte de « vaccin chimique », mais bien en créant l' « accoutumance ». *Posologie :* **BICHLORHYDRATE D'HISTAMINE** (*Hista, Histamyl, Histaclartyl, etc.*) : « *Micro-doses* » progressives, du millionième au centième de milligr., chaque jour ou tous les deux jours, s/c ou intra-dermique, par séries de 10 à 15. *Résultats :* inconstants.

Lapicque, une adaptation fonctionnelle et contingente en ce sens que lorsqu'une fibre n'est dotée que d'une section insuffisante pour donner passage à une vitesse chronaxique nécessaire, elle reçoit à chaque influx une sorte de poussée déterminant une incitation trophique dans le sens de l'élargissement.

Lapicque aborde ensuite le fonctionnement des centres nerveux dont les multiples voies d'association, les carrefours, les aiguillages, les synapses rendent compte de son extrême complication. L'auteur rappelle les expériences de curarisation et de blocage des ganglions sympathiques et nous en fournit une explication satisfaisante.

Mais si chaque système de nerfs semble avoir une chronaxie propre, celle-ci ne trouve pas son assise dans une structure spéciale mais dans la prédominance des centres. La loi de Bourguignon vaut bien pour un être intact et complet, mais elle est en défaut lorsque survient une désorganisation des centres, et spécialement des centres mésencéphaliques. Il existe donc deux modes de chronaxie : une chronaxie de constitution propre à chaque nerf que l'on vérifie sur l'animal intact et une chronaxie de subordination sous la dépendance des centres supérieurs. Quels sont ces centres ? Selon l'auteur, qui se base sur les expériences exécutées dans son laboratoire par Acevedo, l'organe encéphalitique qui gouverne les chronaxies de subordination n'est autre que le thalamus.

Nous ne pouvons malheureusement pas suivre Lapicque dans la série des démonstrations si pertinentes qu'il nous offre sur le processus de la Bahnung ou frayage des voies nerveuses par certaines stimulations adéquates non plus qu'exposer en détail les idées sur le rôle des médiateurs chimiques. Rappelons seulement que, selon notre auteur, l'effet de la stimulation nerveuse ne tient pas tout entier dans l'influence du médiateur chimique et que l'on doit admettre la réalité de deux modes de stimulation des fibres musculaires, le premier essentiellement électrique pour les muscles à contraction rapide, le second s'effectuant grâce à un médiateur chimique pour les fibres lisses innervées par les nerfs amyéliniques sympathiques ou autonomes.

On le voit, l'ouvrage de M. Lapicque, dont nous n'avons pu que donner une image très incomplète, est riche de faits physiologiques et d'idées générales ; les uns comme les autres doivent être médités et retenus aussi bien par les biologistes que par les médecins.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 4 mai 1943

Jus de fruits et jus de légumes. — M. Martel déclare qu'il n'est pas exact que les dispositions du décret du 1er octobre 1938 qui tolèrent l'anhydride sulfureux dans les jus de fruits et de légumes aient reçu sans réserve l'approbation de l'Académie de Médecine, ainsi que veut le faire croire une certaine propagande en faveur de l'usage des jus de fruits.

La vérité est que, le 26 mars 1936, l'Académie *a toléré provisoirement* l'addition de cet antiseptique mais que le 15 *mars* 1938 elle l'a rejeté au même titre que tous autres antiseptiques, colorants, parfums ou arômes. L'Académie a d'ailleurs renouvelé le 27 *janvier* 1942 *le rejet d'addition d'antiseptiques* aux jus de raisin demandée par l'Union des Fabricants de jus de raisin.

Il y a un procédé physique réellement capable de modifier aussi peu que possible la constitution et la composition des jus de fruits. *C'est le froid artificiel.* Son usage reste sans aucun inconvénient.

Discussion. — MM. Milian, René Fabre, Perrot. — Les conclusions de M. Martel sont renvoyées à la Commission du Ravitaillement.

Action des sulfamides sur les cultures de tissus. Rôle de l'oxydation dans leur action bactériostatique. — MM. J. Verne, A. Verne, G. Ménégaux et P. Durel. — Il résulte des recherches des auteurs que :

1° Les sulfamides (sulfamide, sulfapyridine et sulfothiazol) n'entravent pas la croissance des tissus en culture, sauf aux très fortes concentrations (qui ne peuvent pas être atteintes *in vivo* si le produit est donné par voie entérale ou générale, qui ne peuvent être atteintes avec la sulfapyridine et la sulfothiazol même localement du fait de la faible solubilité de ces corps) ;

2° L'action bactériostatique des sulfamides ne se manifeste qu'en milieu largement aérobie. Elle est si nette que le tissu continue à pousser comme si la culture n'avait pas été infectée (au streptocoque) ;

3° L'oxydation directe des sulfamides (par MnO^4K et par H^2O^2) favorise leur action bactériostatique même en l'absence de milieu largement aérobie ;

4° Bien que les constatations de Woods et Fildes tendent à expliquer l'action des sulfamides non par une transformation en un produit d'oxydation mais par une action de substitution sur les facteurs de croissance des microbes, le rôle favorisant de l'oxydation est évident.

Sur la présence de substances vaso-constrictives dans le pain au cours de la période de « soudure 1942 ». — MM. H. Hermann et Vial. — Les méfaits attribués au pain, et notamment la production de troubles circulatoires si fréquemment observés actuellement, ont amené les auteurs à rechercher s'il existe des substances vaso-constrictives dans cet aliment tel qu'il est livré aux consommateurs.

Il leur apparaît qu'à l'époque de la soudure 1942 le pain vendu dans les boulangeries de Lyon a bien contenu, en quantités appréciables, des substances constrictives et hypertensives. Leur origine n'est pas ergotique ; il est vraisemblable qu'elles proviennent de l'adjonction à la farine d'issues de provenance et de fraîcheur diverses.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 2 avril 1943

Stade préradiologique de la granulie. — MM. Ameuille et Chevillot pensent que toute granulie pulmonaire doit se développer suivant trois stades : 1° stade préradiologique, entre l'arrêt des bacilles dans les capillaires pulmonaires et le moment où la réaction anatomique est assez violente pour être perceptible aux rayons ; 2° stade où la granulie est perceptible radiologiquement et qui se termine le plus souvent par une poussée hyperpyrétique et mort. C'est ce dernier stade que connaissaient les médecins avant l'ère radiologique.

Modifications organiques après électro-choc. — MM. Delay et Soulayrac. — Etude chez les électrochoqués des modifications circulatoires, respiratoires, génitales et thermiques. Les auteurs discutent le rôle du système nerveux central et en particulier des appareils régulateurs diencéphaliques dans les différentes perturbations :

a) Formule sanguine : l'électro-choc provoque toujours une hyperleucocytose importante ;

b) Syndrome humoral caractérisé par les éléments suivants :

1° Hyperglycémie atteignant le taux de 1 gr. 20 à 1 gr. 30 ;

2° Hyperprotidémie pouvant atteindre 20 % du taux initial ;

3° Hyperchlorémie globulaire avec élévation du rapport $\frac{\text{Cl. globulaire}}{\text{Cl. plasmatique}}$;

4° Diminution de la réserve alcaline.

Etude pathogénique des phlébites. — M. Reilly.

Histamine et ulcère gastrique. — M. A. Cachera rappelle ses recherches expérimentales qui montrent le rôle joué par l'histamine dans la prolongation et l'aggravation des ulcérations gastriques banales chez le chien.

Ostéopathie hypertrophiante pneumique de P. Marie. Pneumopathies. — M. de Sèze estime que le problème étiologique de cette affection est dominé par la fréquence irrégulière des affections thoraciques (80 %) et des tumeurs (20 à 25 %). La véritable énigme de ces faits, c'est la nature du lien qui unit, d'une part, les affections thoraciques, les tumeurs du poumon et du médiastin et, d'autre part, les mécanismes trophiques ou vaso-moteurs d'obédience sympathique qui président au développement de cette dysphasie ostéo-périostée.

Etude physiopathologique d'un cas d'obésité hypophysaire avec rétention d'eau et de sel et oligurie permanente. — MM. Kourilsky et Hinglais. — D'après les auteurs, la comparaison des résultats de l'élimination de l'eau ingérée en régime chloruré et en régime déchloruré, démontre que l'eau s'élimine en régime déchloruré tandis qu'elle est retenue en régime chloruré. L'eau absorbée peut être éliminée à la condition que la maladie n'ingère pas de sel. Le seul moyen thérapeutique qui parvienne à vaincre l'oligurie est l'injection de diurétiques mercuriels qui entraîne l'élimination de l'eau. Le trouble physiopathologique du syndrome paraît porter sur le métabolisme du chlorure de sodium et non sur celui de l'eau.

Maladie de Besnier-Bœck à forme granulique pure. Régression complète avec apparition concomitante de l'allergie tuberculinique. — MM. Jacques Arnaud et Tulou.

Séance du 9 avril 1943

Un nouveau cas de cancer pulmonaire spécial. — MM. Pruvost et Teyssier. — Observation d'une forme rare de cancer pulmonaire ; la lésion ayant été prise à tort pour une tuberculose. Le redressement du diagnostic fut facilité par l'apparition du syndrome nerveux : douleurs capsulaires, syndrome de Cl. Bernard-Horner, anidrose et hyperthermie cutanée unilatérale, paralysie phrénique, tuméfaction paravertébrale.

Névralgie sciatique par saillie vertébrale compressive. — M. Coste.

Participation des rebords osseux vertébraux dans certaines compressions sciatiques d'origine discale. — MM. Petit-Dutaillis, Coste et de Sèze. — Trois cas de sciatiques rebelles opérées, dans lesquels la racine nerveuse était comprimée surtout par une saillie osseuse développée aux dépens du plateau vertébral adjacent. La cause de la sciatique serait une lésion complexe, associant avec des lésions dégénératives du disque, des lésions hypertrophiques des rebords osseux vertébraux. Sans doute le disque intervertébral, en raison de son rôle physiologique, de sa plasticité, de l'importance de ses réactions aux facteurs traumatiques est un agent de compression d'importance majeure.

Sur le mécanisme de la mort après infiltration stellaire. Probabilité d'injection intrarachidienne. — M. Langeron, se basant sur deux cas personnels pense qu'il s'agit de pénétration du liquide anesthésique dans le canal rachidien et d'attaque bulbaire. Il faut éviter toute technique risquant d'amener l'aiguille infiltrante au contact du trou de conjugaison.

Eventration diaphragmatique simulant un kyste hydatique du foie. — M. Pruvost.

Etude du métabolisme de chlorure de sodium dans l'obésité hypophysaire avec oligurie permanente et rétention hydrochlorurée. — MM. Kourilsky et Hinglais cherchant à connaître l'effet physiologique de la chloruration chez une obèse oligurique ont constaté que le sel produit chez elle deux effets physiologiques *normaux :*

1° Excitation de la soif ;

2° Elévation du chlore plasmatique et globulaire dans le sang avec pléthore aqueuse modérée.

Et deux effets *anormaux* :

1° Il freine la diurèse aqueuse ;

2° Plus on donne de sel, moins il est éliminé par le rein.

Le trouble de l'excrétion ne peut s'expliquer que par un blocage rénal d'origine hormonale.

Séance du 16 avril 1943

Cysticercose cortico-rolandique à forme d'épilepsie jacksonienne. Intervention. — MM. H. Roger, M. Arnaud et G. Pitot. — Malade de 19 ans, atteint depuis deux ans de crises jacksoniennes droites d'abord rares, puis répétées. A l'intervention, découverte de trois petits kystes souspiemériens, de dimension d'un haricot, constitués par *cysticercus cellulosæ*.

Deux cas d'ostéose douloureuse à pseudo-fractures chez des religieuses. — M. Debray, Mlles Prouendier et Granier. — Les douleurs sont à la fois intenses et diffuses, et en discordance avec le siège des lésions révélées par la radiographie. Les régions les plus douloureuses paraissent souvent peu altérées sur les films. Ce syndrome est fréquent chez les religieuses cloîtrées, et semble imputable à une carence solaire qui vient s'ajouter à des dispositions individuelles, à un terrain endocrinien favorable.

Syndrome d'Adie syphilitique. — M. Dereux (Lille). — Cas d'un malade présentant : 1° un syndrome d'Adie complet ; 2° une syphilis certaine (Hecht positif dans le sang, hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien). En l'espèce, il s'agissait d'une syphilis héréditaire. A signaler que d'autres syndromes d'Adie ne sont pas syphilitiques et qu'il ne faut pas s'obstiner à les traiter par une thérapeutique spécifique inutile, pour vant être nuisible.

Epreuve d'hyperglycémie à l'adrénaline administrée par voie buccale. — MM. Laplane et Vaille. — L'absorption par voie buccale de 100 gouttes d'adrénaline à 1 o/oo, détermine chez les enfants normaux une hyperglycémie notable, qui revient à la normale vers la 3e heure. Dans quatre cas de diabète avec acidose, la glycémie s'est prolongée plus longtemps. Dans sept cas d'ictère catarrhal, l'élévation de la glycémie s'est montrée plus durable que normalement.

Vacances de Pâques. — Pas de séances jusqu'au 7 mai 1943.

SOCIETE DE BIOLOGIE

Séance du 27 février 1943

Inhibition du tactisme leucocytaire et toxines microbiennes. — M. A. Delaunay signale que l'inhibition du tactisme leucocytaire observée dans l'intoxication mortelle du cobaye par les toxines tétanique, diphtérique ou de Preisz-Nocard, est partielle le plus souvent et très tardive, banale manifestation agonique, à l'opposé de l'inhibition complète et précoce due aux antigènes glucido-lipidiques.

Activité comparée des dérivés sulfamidés évantiomorphes. — MM. C. Levaditi, A. Lespagnol et M. Decoisy ont constaté chez des souris infectées par voie intrapéritonéale avec la souche du streptocoque hémolytique M, une certaine différence d'activité entre les sulfamides dérivés de l'alanine et de la borylamine racémiques, gauches et droites.

L'action favorisante des savons sur la toxicité de la strychnine pour l'épinoche. — M. G. Valette.

Séance du 13 mars 1943

Inversion des effets vasculaires de l'yohimbine par un sympatholytique de synthèse (J. L. 408). — MM. Baréty et Mlle D. Kohler signalent ce phénomène, peut-être en rapport avec l'action particulière de l'amine sur l'élément musculaire des vaisseaux.

Action de l'amide et de l'acide nicotiniques sur la glycémie de l'homme. — MM. J. Marche et F. Delbarre ont vu ces deux substances déterminer une nette hypoglycémie.

Modification de chronaxie des nerfs moteurs et sensitifs pendant le passage d'un courant constant dans la moelle. — Mme B. Chauchard, M. P. Chauchard et Mme H. Mazoué montrent que, lors du passage d'un courant constant le long de la moelle, il se produit des variations systématiques des chronaxies des nerfs moteurs et sensitifs dont le sens ne dépend que de la direction du courant (ascendant ou descendant).

Les variations de l'excitabilité nerveuse dans l'avitaminose C du cobaye. — Mme B. Chauchard et M. P. Chauchard.

Caryocinétose et caryolyse provoquées par les toxines de l'amanite phalloïde. — MM. H. Serre et Cazal décrivent ce double processus au cours de l'intoxication phalloïdienne expérimentale, le premier dans la cortico-surrénale, le second dans le foie.

Influence des cultures microbiennes sur l'acide p (p. oxyphénylazo) benzoïque. — MM. Ch. Mentzer et R. Pérault.

Election. — M. J. Régnier est élu membre titulaire de la Société de Biologie.

L'emploi du réactif de Nessler pour doser l'acétone dans les cadavres entiers de petits animaux. — MM. H. Bénard et M. Herbain insistent sur les erreurs provenant de la complexité des broyats étudiés et indiquent la façon dont ils ont pu tourner les difficultés rencontrées.

La vitamine P. Recherches physiologiques. — M. J.-L. Parrot signale que la catéchine aurait au plus haut degré la fonction vitaminique P et que cette substance, active par voie buccale, accroît la durée d'action de l'adrénaline sur l'organisme.

SOCIETE DE PEDIATRIE

Séance du 16 mars 1943

Epidémie de fièvre typhoïde dans une colonie de vacances. — M. Grenet, Mlle Gautheron et M. Tiret ont vu survenir 52 cas de fièvre typhoïde dans une colonie de vacances et émettent le vœu de voir se généraliser la vaccination antityphoïdique chez les enfants appelés à partir en colonie de vacances.

MM. Cambessedès et Boyer insistent sur le grand nombre de typhoïdes contractées pendant les vacances.

Syndromes diphtériques malins guéris par l'acétate de désoxycorticostérone. — M. Grenet, Mlle Gautheron et M. Tiret.

Acétate de désoxycorticostérone et dipthérie maligne. — M. Marquézy, Mlle Ladet et M. Bach. — Ils confirment l'inefficacité dans les formes malignes d'emblée signalée par M. Grenet et ses collaborateurs.

La tuberculose rénale chez l'enfant. — MM. Boppe et Marcel.

Guérison spontanée d'un sympathome embryonnaire à foyers superficiels multiples chez un nourrisson. — MM. Fèvre, Maggi et Baudouin.

Quelques statistiques sur la rougeole et la diphtérie. — M. Heuyer et Mlle Pauliac.

Séance du 30 mars 1943

A propos de l'alimentation des enfants. La question des cantines scolaires. — M. Rœderer insiste surtout sur la nécessité d'augmenter la ration de graisse, d'avoir recours aux denrées non contingentées et proteste contre l'égalité de ration quel que soit l'âge de l'enfant. Il préconise enfin une ration supplémentaire pour les jours de sport et de sortie.

Pneumo-péritoine chez une fillette de 12 ans. — M. Cathala.

Vomissements par sténose duodénale. — M. Meynadier (de Limoges).

Trois observations de crise névropathique pseudo-syncopale chez l'enfant de 2 à 5 ans. — M. Cl. Launay et Mme Borel-Maisonny.

Acrodynie infantile avec périostoses engainantes et calcifiantes. Fracture spontanée. — M. Barbé (du Mans).

NOTES POUR L'INTERNAT

POLIOMYÉLITE ANTÉRIEURE AIGUE

Maladie infectieuse et épidémique caractérisée :

Anatomiquement : par des lésions électives ou prédominantes de la corne antérieure de la moelle ;

Cliniquement : par une paralysie atrophiante susceptible de laisser des séquelles d'autant plus graves que l'enfant est plus jeune.

La forme la plus typique est la forme paraplégique de l'enfant.

Début. — Après une incubation silencieuse de 1 à 5 jours la maladie débute en général brusquement par :

De la fièvre à 38°-38°5 ;

De la céphalée ;

Des troubles digestifs.

Bref tableau d'infection banale qui fait songer à une angine, une grippe, une indigestion.

Cependant en période épidémique ces signes doivent retenir l'attention et faire chercher :

Des douleurs musculaires ou articulaires

Non pas tant spontanées

Que provoquées par la mobilisation des membres ;

Un syndrome méningé fruste ;

Une aréflexie tendineuse dont la valeur est considérable ;

La mononucléose.

Dans les cas rares où ce diagnostic a pu être porté la thérapeutique s'impose d'urgence : sérum de convalescent.

Etat. — En réalité, bien souvent le diagnostic ne s'éclaire que 4 ou 5 jours plus tard, lorsque, coïncidant avec la chute thermique, apparaissent les paralysies.

Cette paralysie est spéciale par bien des caractères :

Elle est flasque et restera flasque pendant toute son évolution ;

La motilité volontaire est abolie ;

La motilité passive révèle l'hypotonie ;

Les réflexes tendineux sont abolis.

Elle est globale, atteignant les deux membres inférieurs mais à l'analyse prédomine sur la racine du membre ;

Il n'y a pas de troubles sensitifs : ni troubles de la sensibilité superficielle, ni troubles de la sensibilité profonde ;

Le réflexe cutané plantaire est en flexion ou aboli : il n'y a pas de signe de Babinski, pas de signe pyramidal ;

Il n'y a pas de troubles sphinctériens ;

Il n'y a pas de troubles psychiques ;

Il s'agit donc d'une atteinte périphérique d'une paralysie motrice pure.

Cependant déjà : la cyanose, le refroidissement témoignent de la précocité des troubles sympathiques.

Au total : paralysie flasque, motrice pure, d'installation brusque chez un enfant : le diagnostic est fait. On va s'efforcer de grouper les éléments du pronostic immédiat : il est dominé par la crainte de la diffusion des paralysies :

Certes déjà la chute de la température à l'apparition des paralysies est un élément de bon pronostic.

Mais il faut continuer à suivre la température et quotidiennement chercher l'extension des paralysies :

Aux muscles de l'abdomen ;

Aux muscles spinaux-lombaires ;

Etudier la face musculaire et les réflexes tendineux du membre supérieur ;

Apprécier la tonicité de la nuque ;

Chercher l'existence de troubles de la déglutition ;

Compter le pouls ;

Compter les mouvements respiratoires.

Traitement : d'urgence : sérum convalescent ou Pettit anti-infectieux ;

Membre en position de fonction ;

Réchauffer.

Evolution. — La régression est d'abord rapide :

Des mouvements réapparaissent aux extrémités ;

Les réflexes tendineux réapparaissent ;

Les paralysies libèrent certains groupes musculaires.

Mais au bout de 1 à 2 semaines la régression se ralentit, les paralysies se fixent sur certains groupes : c'est alors qu'apparaît dans toute sa netteté un de leurs caractères fondamentaux : leur topographie radiculaire atteignant le quadriceps, la loge antéro-externe de la jambe.

On pourra alors établir le pronostic fonctionnel :

Sur l'examen clinique, un élément domine : l'atrophie musculaire — précoce — considérable ;

Sur l'examen électrique montrant que :

Certains muscles sont normaux ;

Alors que d'autres sont profondément atteints : R. D.

Mais une notion domine le pronostic ; l'évolution est imprévisible : même si on observe de la R. D. la régression est possible, aussi sans se lasser continuer le traitement physique : diathermie, massages ; la régression s'étage sur des mois.

Au terme de l'évolution :

1° Il est des cas favorables où les paralysies libèrent les muscles un à un ; les séquelles seront réduites à des paralysies localisées ;

2° Il est bien des cas où les séquelles sont plus importantes ; avant tout séquelles trophiques atteignant tous les tissus :

Peau sèche, violacée, froide ;

Ligaments distendus ;

Muscles réduits à minces bandelettes ;

Os décalcifiés.

Enfin et surtout il y a arrêt de croissance du segment de membre : séquelle d'autant plus grave que l'enfant est plus jeune : et la P. A. A. laissera un infirme avec :

Un genou fléchi ou en recurvatum ;

Un pied ballant ;

Une scoliose paralytique ;

Surtout un membre plus court.

Mais là encore :

Les appareillages orthopédiques ;

Les interventions successives peuvent améliorer le pronostic fonctionnel.

Formes cliniques :

I. *Selon le début :*

Début en deux temps ;

Ou au contraire début brusque : paralysie du matin de West.

II. *Forme méningée :* un syndrome méningé peut :

Précéder les paralysies ;

Les accompagner ;

Ou résumer la maladie : Diagnostic basé sur :

Notion d'épidémicité ;

Aréflexie ;

Mononucléose.

III. *Forme douloureuse :*

1° Soit douleurs précédant les paralysies.

Elles les annoncent ;

Elles en marquent le siège ;

Elles peuvent faire penser au rhumatisme articulaire aigu ;

Les séquelles seraient plus graves.

2° Les paralysies sont douloureuses pendant toute leur évolution : c'est là le fait de certaines épidémies.

IV. *Formes topographiques :*

La poliomyélite antérieure aiguë peut atteindre :

Un seul membre ;

Le membre supérieur : touchant essentiellement ;

Le muscle deltoïde ;

Le muscle long supinateur ;

On peut voir des formes avec signes cérébelleux, avec atteinte bulbo-protubérantielle se traduisant par des paralysies du VII, VIII, XI.

V. *Formes diffuses ou ascendantes de Landry :*

Surtout en temps épidémique ;

Le processus dépasse la corne antérieure ;

Début brutal, fébrile ;

Paralysies rapidement extensives, ascendantes, atteignant bientôt :

Muscles abdomen ;

Membre supérieur ;

Nuque qui devient ballante :
Puis apparaissent :
Troubles sphinctériens ;
Troubles de déglutition ;
Troubles respiratoires.
Sans se décourager lutter par tous les moyens : lobélie et même moyens mécaniques.
Malgré le traitement l'évolution se fait vers la mort par :
Syncope,
Asphyxie.
VI. *Formes non paralytiques :* où tout se résume :
En un syndrome digestif ;
Une angine : rôle comme porteur de germes.
VII. *Formes selon l'âge :*
Nourrisson ; latente : diagnostic difficile, prendre l'enfant sous les aisselles : les membres sont ballants.
Adulte : surtout formes épidémiques, pronostic vital.
On a voulu opposer :
Forme sporadique : poliomyélite infantile ;
Forme épidémique : polymorphisme des aspects cliniques ;
Aspects inhabituels ;
Pronostic vital grave.
En fait il n'y a pas d'opposition.
Diagnostic début : très difficile :
Rhumatisme articulaire aigu ;
Grippe ;
Embarras gastrique ;
Méningite.
Diagnostic très difficile si manque la notion d'épidémicité.
Etat : Diagnostic facile :
Chez enfant : non pas paralysies pottiques car : signes pyrandaux, signes rachidiens ;
Mais paralysies diphtériques : précédées et dominées par la paralysie velopalatine.
Chez adulte : paralysies alcooliques ;
Paralysies arsénicales ;
Paralysies diabétiques.
En réalité un seul diagnostic chez enfant et surtout chez adulte : radiculonévrite infectieuse qui peut simuler en tout point certaines formes de poliomyélite antérieure aiguë.
Guillain-Barré : Diagnostic sur les données de ponction lombaire ; dissociation albuminocytologique.
Polyradiculonévrite à forme basse : évolution ; guérison sans séquelles.

Alice Doumic.

PRATIQUE MÉDICALE

Le pansement des plaies par les lames de cellulose régénérée

La disparition presque complète des matières nécessaires à certains objets de pansement, comme les compresses et la ouate, a forcé les chirurgiens à employer des matières de remplacement les plus diverses (papier, bois, etc..). Les pansements de fortune sont probablement appelés à disparaître lorsque la vie normale reprendra. En revanche, d'autres pansements qui marquent un réel progrès technique nous resteront. Tel est le nouveau pansement que nous propose M. Marc Iselin (1).

Sur les conseils de M. Brandenberger, inventeur de la cellophane, l'auteur a en effet étudié à l'hôpital américain, puis à l'hôpital de Nanterre, la possibilité de remplacer les compresses par des lames minces de cellulose hydratée régénérée.

(1) *Presse Médicale*, n° 10, 24 avril 1943, p. 212.

Ces lames sont désignées sous le nom de « dermophane ». Elles sont transparentes, minces, flexibles, très solides. Elles absorbent l'eau qui les ramollit et qui les allonge sans les altérer. En séchant, elles rétrécissent.

Au point de vue chimique, la dermophane est de la cellulose pure chimiquement identique au coton. Sa propriété la plus intéressante est la porosité. La plaie est « recouverte par une lame qui la protège, qui empêche les bactéries de passer, qui laisse échapper l'humidité et, par ses propriétés osmotiques, permet la respiration des tissus ». On n'a donc aucune macération et aucune adhérence. La lame, après humidification, s'enlève sans hémorragie ni douleur.

M. Iselin a expérimenté ce pansement sur des plaies aseptiques suturées ; sur des greffes cutanées minces, ici la dermophane présente des avantages frappants ; sur des plaies suppurées et notamment sur un volumineux anthrax ; sur de grands brûlés après échec du tannage. Dans les plaies suppurées l'emploi de la dermophane diminue nettement la suppuration, M. Iselin attribue avec vraisemblance ce fait à la suppression de l'irritation locale causée par les fils des compresses ordinaires, alors que la dermophane est absolument lisse.

Quoiqu'il en soit l'auteur peut préciser les indications de ce pansement. Il convient à toutes plaies suturées ou cruentées aseptiques ou septiques en surface.

Contre-indications. — Les suppurations anfractueuses et les plaies à la fois infectées et saignantes.

Emploi. — M. Iselin a utilisé des bandes de 6 à 10 cm. de large, plus faciles à poser que les lames de grande dimension. On peut les juxtaposer ou les imbriquer pour couvrir de larges surfaces. Ces lames peuvent être perforées pour chasser l'air qui est emprisonné au moment de l'application. La stérilisation des lames se fait exactement comme celle des compresses et aussi facilement. Il est incontestable qu'elles constituent un pansement économique et qu'elles marquent un progrès certain dans la technique du pansement.

L. S.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.
Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (Autorisation n° 83)

Granules **CATILLON** à 0,001 **Extrait Titré** de **STROPHANTUS**

C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à **l'Académie de Médecine** dès 1889, elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une **diurèse rapide**, relèvent vite le **cœur affaibli**, dissipent **ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES,** Affections **MITRALES, CARDIOPATHIES** des **ENFANTS** et des **VIEILLARDS** etc.

Granules de **CATILLON** à 0.0001 **STROPHANTINE** CRIST.

TONIQUE du CŒUR par EXCELLENCE — TOLÉRANCE INDÉFINIE

Prix de l'Académie de Médecine pour "Strophantus et Strophantine" Médaille d'Or Expos. Univers. Paris 1900

PARIS, 3, Boulevard St-Martin — R. C. Seine 48283.

BACTÉRAMIDE

Chimiothérapie sulfamidée des
AFFECTIONS BACTÉRIENNES

STREPTOCOQUES - MENINGOCOQUES
COLIBACILLES - PNEUMOCOQUES
GONOCOQUES

Tubes de 20 comprimés très friables dosés à 0 gr. 50 de p. Aminobenzène sulfamide dans un excipient alcalin.

Laboratoires **A. BAILLY** (SPEBA)
15, r. de Rome et r. du Rocher, 15 - PARIS-8e

P E S B A
A-BAILLY

VITAMINE B1
aneurine cristallisée



TOUTES LES HYPOVITAMINOSES B1
POLYNÉVRITES · NÉVRITES · ALGIES
TROUBLES CARDIO-VASCULAIRES
AUTO-INTOXICATIONS · ZONA
TRAITEMENT DES AFFECTIONS NEUROLOGIQUES

AMPOULES

DOSAGE NORMAL
Ampoules de 1cc. dosées à 2 milligrammes
Boîte de 6
1 ampoule tous les jours ou tous les 2 jours et plus (voie sous-cutanée)

DOSAGE FORT
Ampoules de 1cc. dosées à 10 milligrammes
Boîte de 3
ampoules tous les 2 ou 3 jours et plus (voie sous-cutanée)

COMPRIMÉS
dosés à 1 milligramme
Flacon de 20
1 à 4 comprimés par jour selon les cas.

Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie 10, Rue Crillon. PARIS (4e)

DÉSÉQUILIBRE NEURO-VÉGÉTATIF

SÉRENOL

RÉGULATEUR DES TROUBLES D'HYPERTONICITÉ NERVEUSE
ÉTATS ANXIEUX - ÉMOTIVITÉ - INSOMNIES
DYSPEPSIES NERVEUSES
SYNDROME SOLAIRE - PALPITATIONS

3 FORMES
LIQUIDE
COMPRIMÉS
SUPPOSITOIRES

FORMULE

Peptones polyvalentes 0.03
Hexaméthylène-tétramine . 0.05
Phényl-éthyl-malonylurée.. 0.01
Teinture de Belladone 0.02
Teinture de Cratægus 0.10
Extrait fluide d'Anémone.. 0.05
Extrait fluide de Passiflore. 0.10
Extrait fluide de Boldo ... 0.05
pour une cuillerée à café

DOSES moyennes par 24 heures : 1 à 3 cuillerées à café ou 2 à 5 comprimés, ou 1 à 3 suppositoires

LABORATOIRES LOBICA – 25, Rue Jasmin – PARIS (16e)

RÉPARTITION DES SERVICES HOSPITALIERS

N° 11. — 1er JUIN 1943 116e ANNEE Ce numéro : 2 francs.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT. — Un an : France et Colonies, 75 fr. Etudiants, 40 fr. ; Etranger : 1re zone, 110 fr., 2e zone, 125 fr. *Chèques postaux : Paris 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

POUR NOS ABONNÉS DE LA ZONE NON OCCUPÉE, adresser renouvellements et toutes communications aux Messageries Hachette, 12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône) *Chèques postaux : Lyon 218* (Service *Gazette des Hôpitaux*)

SOMMAIRE

Bi-hebdomadaire paraissant provisoirement deux fois par mois

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris

Concours pour une place de stomatologiste des hôpitaux. — Jury : MM. les Drs Fleury, Beliard, Lacronique, Rousseau-Decelle, Lacaisse, Mme Papillon, Crocquefer, stomatologistes ; Monier-Vinard, médecin ; Maurer, chirurgien.

Concours pour une place de chirurgien des hôpitaux (2e concours). — Jury : MM. les Drs Meillère, Guimbellot, Baumgartner, Basset, Desmarest, Quenu, Moulonguet, Fey, Sauve, Bazy, chirurgiens ; Fiessinger, médecin.

Concours de médecin des hôpitaux 1943. — Premier concours de nomination à 3 places. — Consultation écrite, section A. — Jury : MM. les Drs Faroy, Flandin, Lelong, Garcin, Celice, Bariéty.

Epreuve clinique, section B. — Jury : MM. les Drs Lœper, Ribadeau-Dumas, Aubertin, Touraine, Benard (René), Mme Bertrand-Fontaine.

CLASSEMENT DES CANDIDATS : 1. M. Brouet ; 2. M. Mahoudeau ; 3. Ex æquo MM. Albert Netter et Lafitte.

A la suite d'une épreuve supplémentaire, la 3e place a été attribuée à M. Lafitte.

Deuxième concours de nomination pour trois places. Epreuves de titres. — Jury : MM. les Drs : Levesque, Lemierre, Kourilsky, Clément Launay, Michaux, Heuyer, Chiray, Maurice Renaud, Decourt, Gautier, Jacquet, Aurousseau.

ASSISTANTS D'OBSTÉTRIQUE. — Ont été nommés : MM. Robey, Jamain et Bret.

Faculté de Médecine de Paris

M. Sicard, agrégé, a été nommé sous-directeur des travaux pratiques de médecine opératoire.

Facultés de Province

Faculté de Médecine de Bordeaux. — Sont nommés agrégés : MM. Saric et Dubarry (médecine générale). M. de Grailly, agrégé, est nommé chef des travaux d'anatomie pathologique et microscopie clinique.

Faculté de Toulouse. — M. Gadrat a été chargé des fonctions de chef des travaux d'hygiène.

M. Géraud a été chargé d'un cours complémentaire de médecine expérimentale.

Ecoles de Médecine de Province

Ecole de Médecine de Clermont-Ferrand. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant (pathologie interne et générale) s'ouvrira le 8 novembre 1943 devant la Faculté de Toulouse.

Un concours pour l'emploi de professeur suppléant (pathologie et clinique chirurgicales) s'ouvrira le 8 novembre 1943 devant la Faculté de Toulouse.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture de ces concours.

Ecole de Médecine de Tours. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant de clinique chirurgicale et obstétricale et de pathologie externe à l'Ecole de Médecine et de Pharmacie de Tours, s'ouvrira le 15 novembre devant la Faculté de Médecine de Paris. Le registre d'inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

Ecole du Service de Santé à Lyon. — Le concours s'ouvrira en 1943 dans les conditions suivantes :

1° Epreuves écrites à Lyon, Marseille, Montpellier, Toulouse et Clermont-Ferrand pour la Zone Sud.

Paris, Bordeaux et Rennes pour la Zone Nord.

2° Oral, Lyon et Paris ;

3° Nombre de places, 60 (médecine), 10 (pharmacie) ;

4° Concours ouvert aux étudiants P. C. B., aux étudiants en médecine à 4, 8 et 12 inscriptions, aux étudiants en pharmacie à 4 inscriptions et aux stagiaires ;

5° Demandes d'inscription et pièces de dossier à envoyer à la Direction du Service de Santé (1er bureau personnel) au Secrétariat d'Etat à la Santé, à Royat (Puy-de-Dôme).

Renseignements dans les Préfectures, Facultés et Ecoles et Directions du S. S.

Santé Publique

Légion d'honneur. — Chevaliers : MM. les Drs Bonvin, à Lille ; Devuler, à Boulogne-sur-Mer ; Leroy, à Boulogne-sur-Mer.

Ordre de la Santé publique. — Le Dr Henri Govy, de Brest, a été nommé à titre posthume au grade de chevalier.

Un concours pour le recrutement d'au moins deux chefs de travaux, deux préparateurs et un assistant pour le laboratoire central du secrétariat d'Etat à la santé et à la famille et de l'Académie de Médecine aura lieu à Paris les 8 et 9 juillet 1943.

Traitements : Chefs de travaux : de 24.000 à 46.000 fr. ; Préparateurs : de 22.000 à 39.000 fr. ; Assistants : de 18.000 à 23.000 fr. (supplément provisoire de traitement de 8.000 à 11.000 fr., une indemnité de résidence de 5.000 à 20.000 fr. suivant les charges de famille).

Pour renseignements, s'adresser au secrétariat d'Etat à la Santé (personnel, 1er bureau), 7, rue de Tilsitt, Paris (17e).

Académie de Chirurgie

Réception de la Société de Chirurgie de Lyon. — L'an dernier, en juillet, la Société de Chirurgie de Lyon avait reçu l'Académie de Chirurgie. Celle-ci va recevoir à son tour les chirurgiens de Lyon. La réception aura lieu dans la salle des séances de l'Académie de Chirurgie, le mercredi 16 juin et jeudi 17 juin, à 15 heures. Neuf rapports seront présentés par des membres de la Société de Chirurgie de Lyon et discutés par les deux sociétés.

Prix Forgue. — Le regretté maître de Montpellier a laissé à l'Académie de Chirurgie une somme de 100.000 francs pour la fondation d'un prix triennal. Le prix portera le nom de Prix Forgue-Dujardin-Beaumetz.

Marine Marchande

Un examen d'aptitude aux fonctions de médecin breveté de la Marine Marchande, réservé aux docteurs en médecine français, aura lieu à Paris à la Faculté de Médecine (Laboratoire d'Hygiène), 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, le 21 juin 1943 et jours suivants. Les épreuves écrites commenceront le 21 juin, à 9 heures.

Les dossiers des candidats devront être adressés vingt jours à l'avance au Secrétariat d'Etat à la Marine et aux Colonies (Direction des Gens de Mer), 3, place de Fontenoy, à Paris (7e). Aucune convocation individuelle ne sera adressée aux candidats. La demande devra être établie sur papier timbré et revêtue, en outre, d'un timbre fiscal de 20 francs pour droits d'inscription.

Prix de l'Académie Duchenne-de-Boulogne. — L'Académie Duchenne-de-Boulogne, dont le but est de récompenser un travailleur indépendant qui, par ses propres moyens, aura fait progresser la science médicale, a décerné son prix de 5.000 francs pour 1942 à MM. Marcel Lapipe et Jacques Rondepeierre, pour leurs travaux sur l'électrochoc.

Nous rappelons que les mémoires inédits et non encore récompensés doivent être envoyés, avant le 1er octobre de chaque année, au Secrétariat de l'Académie, 60, boulevard de la Tour-Maubourg, Paris.

Prix du Professeur Bergonier

A la demande de la veuve du maître, les liquidateurs de la « Fondation Bergonier », les Professeurs Laquerrière et Rechou et le Dr Delherm ont versé à l'Académie de Médecine le reliquat des fonds en vue de la création d'un prix bisannuel en mémoire du grand physiothérapeute que fut le maître de Bordeaux.

Cours

Chaire de Bactériologie. — Professeur : M. Pierre GASTINEL. — Actualités de bactériologie médicale (2e série). Conférences sur les ultravirus, avec la collaboration de MM. les Professeurs LEMIERRE, LEVADITI, BOIVIN, membres de l'Académie de Médecine et de MM. les Drs MOLLARET et LÉPINE, chefs de service à l'Institut Pasteur, une série de conférences sur les ultravirus commencera le vendredi 11 juin, à 18 heures, amphithéâtre Vulpian, et se continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, selon le programme ci-dessous :

Vendredi 11 juin. — Professeur LEMIERRE : La mononucléose infectieuse. — Mercredi 16 juin : Professeur BOIVIN : La constitution chimique des ultravirus. — Vendredi 18 juin. — Professeur LEVADITI : Etude des ultravirus au microscope électronique. — Lundi 21 juin. — Professeur LEVADITI : Le virus de la maladie de Nicolas-Favre. — Mercredi 23 juin. — Professeur agrégé MOLLARET : L'encéphalite humano-equino-aviaire. — Vendredi 25 juin. — Dr LÉPINE : L'immunité dans les infections à ultravirus. — Lundi 28 juin. — Dr LÉPINE : Ultravirus et cancer. — Mercredi 30 juin. — Professeur GASTINEL : Etude biologique de l'allergie vaccinale.

Clinique des maladies mentales et de l'encéphale. — Une série de conférences sur les actualités thérapeutiques en neuropsychiatrie aura lieu à la Clinique des Maladies mentales et de l'Encéphale (1, rue Cabanis, métro : Glacière), du 9 mai au 25 juin, le dimanche, à 10 heures.

9 mai. — M. PAGNIEZ : Les traitements actuels de l'épilepsie. — 16 mai. — M. SAINTON : Thérapeutiques hormonales et vitaminiques en neuropsychiatrie. — 23 mai. — M. LERICHE : La chirurgie de la douleur. — 30 mai. — M. BOURGUIGNON : Les progrès de la physiothérapie nerveuse et mentale. — 6 juin. — M. GUIRAUD : Pyrétothérapie et malariathérapie. — 20 juin. — M. BROUSSEAU : La cure de sommeil et l'insulinothérapie. — 27 juin. — M. Jean DELAY : L'électro-choc.

Cours de génétique médicale. — M. R. TURPIN, agrégé, consacrera douze conférences à l'étude de la génétique médicale, du 2 juin au 30 juin 1943. Ces conférences auront lieu les lundis, mercredis et vendredis, à 17 heures, au petit amphithéâtre de la Faculté.

Institut de Thérapeutique. — Une série de conférences aura lieu sous la direction du Professeur LOEPER du 31 mai au 12 juin, tous les soirs à 18 heures, au petit amphithéâtre de la Faculté de Médecine.

Lundi 31 mai : L'action comparée des sulfamides au laboratoire et en clinique, M. NITTI. — Mardi 1er juin : Le métabolisme des sulfamides dans l'organisme humain, M. HURIEZ. — Mercredi 2 juin : Peut-on éviter les échecs de la sulfamidothérapie ? M. Jean COTTET. — Vendredi 4 juin : Dans quelles infections utiliser les sulfamides ? M. HARVIER. — Samedi 5 juin : L'orientation de l'action spécifique des sulfamides, M. LEVADITI. — Lundi 7 juin : Généralités sur les anatoxines, M. BOIVIN. — Mardi 8 juin : La prophylaxie de la diphtérie par l'anatoxine diphtérique, M. CATHALA. — Mercredi 9 juin : La prophylaxie du tétanos par l'anatoxine tétanique, M. DE LAVERGNE. — Jeudi 10 juin : L'anatoxine staphylococcique et le traitement des staphylococcies, M. BONNET. — Vendredi 11 juin : Les vaccinations anatoxiques associées, M. DOPTER. — Samedi 12 juin : Les séro-anatoxithérapies diphtérique, tétanique, botulique, M. SOHIER.

Institut d'hygiène. — Enseignement des actualités de l'hygiène alimentaire. — Conférences sous la direction de M. TANON, professeur d'hygiène, et de M. LASSABLIÈRE, directeur à l'Ecole des Hautes Etudes.

Mardi 1er juin. — M. LEREBOULLET : La ration actuelle des nourrissons. — Mercredi 2 juin. — M. VIGNES : La ration actuelle des mères nourrices. — Lundi 7 juin. — M. NAVARRE : Infections et infestations actuelles d'origine alimentaire. — Mardi 8 juin. — M. LACOMME : La ration actuelle des femmes enceintes. — Mercredi 9 juin. — M. DECHAUME : Influence de l'alimentation sur les affections dentaires. — Jeudi 10 juin. — M. LEROY : Utilisation comparée de l'énergie des aliments chez l'homme et chez les animaux. — Vendredi 11 juin. — M. GHILARDI : Les procédés actuels de conservation des aliments par le froid. — Mardi 15 juin. — M. JUSTIN-BESANÇON : Les ostéoses de famine. — Mercredi 16 juin. — M. CAMBESSÉDÈS : Procédés domestiques actuels de conservation des aliments.

Ces conférences ont lieu à 18 heures, à l'amphithéâtre Cruveilhier. Entrée par le 15, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Ecole libre des Sciences médicales, 39, rue Scheffer, Paris, Klé. 75-31. — LISTE DES CONFÉRENCES POUR LE DEUXIÈME TRIMESTRE 1943. Ces conférences ont lieu à l'Ecole des Hautes Etudes Sociales, 58, rue Notre-Dame-des-Champs, les mardis, à 20 h. 30.

8 juin. — M. LAVILLE : Mécanismes biologiques : l'organisation individuelle. — M. MAIGNON : Propos sur le mécanisme physiologique de la fonction de jugement.

15 juin. — M. CLAOUÉ : Le cadre, les chaînes et les espaces du psychisme. — M. LAVILLE : Les mécanismes biologiques : l'organisation sociale.

22 juin. — M. P. DEVAUX : La science devant le problème des apparitions. — M. DEGUY : Les médecins devant la pratique des assurances sociales.

29 juin. — M. ROGER : Des idées directrices en esthétique dentaire. — M. ERUS : Essai sur une thérapeutique de la conduite.

6 juillet. — M. NAAME : Traitement du cancer par l'opothérapie. — M. DUPUIS : Propos sur la massokinésithérapie dans la chirurgie moderne.

Conférences de perfectionnement aux internes en pharmacie des hôpitaux de Paris. — Ces conférences instituées avec la collaboration de l'Association confraternelle des internes en pharmacie des hôpitaux et hospices civils de Paris, auront lieu à l'amphithéâtre de la Clinique infantile du Groupe hospitalier Necker-Enfants-Malades, le dimanche à 10 heures, au cours du mois de juin et de juillet. Elles réuniront, en un exposé pratique, un ensemble de connaissances ressortissant à diverses branches de l'enseignement pharmaceutique, dans le but de permettre aux internes d'être documentés sur les questions les plus actuelles de la thérapeutique et de la biologie. Ils pourront de la sorte apporter à leurs chefs de service une collaboration toujours plus utile et plus appréciée et faire apparaître l'importance du rôle de l'interne en pharmacie dans les services hospitaliers.

Le programme pour l'année 1943 est le suivant : 6 juin. — Le contrôle bactériologique du lait dans les hôpitaux, par M. REGNIER, professeur de microbiologie à la Faculté de Pharmacie, pharmacien des hôpitaux.

20 juin. — Saveur et constitution chimique des substances sucrées de synthèses, par M. GAUTIER, chef de travaux à la Faculté de Pharmacie, pharmacien des hôpitaux psychiatriques de la Seine.

4 juillet. — Le rancissement des huiles, par M. ANDRÉ, pharmacien honoraire des hôpitaux, directeur de l'Ecole des Hautes Etudes.

ORDRE DES MEDECINS

Communiqué du Conseil du Collège Départemental de la Seine

1° Le Président du Conseil du Collège Départemental de la Seine de l'Ordre des Médecins, le Professeur Balthazard, recevra les confrères au Secrétariat de l'Ordre, 242, boulevard Saint-Germain, Paris (7e), le mercredi de 10 heures à 12 heures.

Le Secrétaire général du Conseil du Collège départemental de la Seine de l'Ordre des Médecins, le Dr Lafay, recevra les confrères au Secrétariat de l'Ordre, 242, boulevard Saint-Germain, Paris (7e), le vendredi de 17 h. 30 à 19 h. 30 et le dimanche de 10 heures à 12 heures.

2° Dernier avis. — Le Trésorier du Conseil du Collège Départemental de la Seine de l'Ordre des Médecins, rappelle aux Confrères du Département qu'ils doivent s'acquitter de leur cotisation de 1943, dont le montant est de 300 francs (compte chèque postal Paris 3093.01). Après le 1er juin 1943, une quittance majorée des frais d'encaissement (10 francs) sera présentée à domicile.

La Commission régionale des Conseils de l'Ordre de la Région Sanitaire de Paris vient d'éditer le tableau de l'Ordre des Médecins de la Région Parisienne, comprenant les noms des médecins inscrits à l'Ordre dans les trois départements de Seine, Seine-et-Marne et Seine-et-Oise.

Ce petit volume est dès maintenant et gratuitement à la disposition des médecins qui voudront bien venir le prendre au siège de leur Collège départemental ou au siège de la Commission régionale, 28, rue Serpente, à Paris (6e), le matin de 10 heures à 12 heures et l'après-midi de 14 heures à 18 heures, sauf le samedi. Pour ceux qui ne pourraient se déplacer, il leur sera adressé sur demande accompagnée de 5 francs pour frais d'envoi.

Naissance

Le Docteur et Mme Lavat, M. et Mme Jean Lavat, née Poirot-Delpech, sont heureux de faire part de la naissance de leur petit-fils et fils : Philippe.

Paris, 1, rue de Lille, 15 avril 1943.

Nécrologie

Le Professeur Emile Sergent, ancien président de l'Académie de Médecine, vient de succomber à Paris à l'âge de 76 ans. Il y a peu de jours il avait été élevé à la dignité de grand officier de la Légion d'honneur. Le libellé de la citation rendait un solennel hommage au grand savant, maître de la phtisiologie, qui s'était consacré aux malades « jusqu'à l'extrême limite de ses forces. »

Nous retracerons dans un prochain numéro l'œuvre de ce maître infiniment regretté.

— Nous apprenons avec une vive peine et bien tardivement la mort survenue à La Havane, le 25 avril 1942, du Professeur Francisco Dominguez Roldan, ancien doyen de la Faculté de Médecine de La Havane, ancien ministre de l'Instruction Publique, ancien ministre de Cuba à Paris, membre d'honneur de l'Académie des sciences médicales de La Havane, associé étranger de l'Académie de Médecine de Paris, commandeur de la Légion d'honneur.

— Avec un profond regret nous apprenons la mort du Dr Chifoliau, chirurgien honoraire des hôpitaux, décédé à Paris à l'âge de 71 ans.

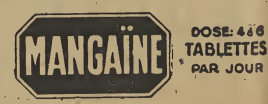
— On annonce le décès, à Paris, du Dr Bandelac de Pariente, président-fondateur de l'U. M. F. I. A.

Bandelac de Pariente, médecin espagnol fixé à Paris depuis de longues années, avait été avec le regretté Dartigues et notre collaborateur et ami, le Dr Gaullieur L'Hardy, l'un des fondateurs de l'U. M. F. I. A.

Ami fidèle du roi Alphonse XIII, Bandelac de Pariente a été à la fois médecin de l'Ambassade d'Espagne et diplomate. Il était commandeur de la Légion d'honneur et Grand-Croix de l'ordre d'Alphonse XII.

— Dr Bellet, ancien médecin en chef de la marine, décédé à Barfleur.

— M. l'Abbé Ségaux, docteur en médecine, décédé à Paris.




ODETTE ZEAU
dans toute cardialgie....
DACORIÈNE
Chlorhydrate du diéthyl-aminoéthoxy-2-diphényle
(1262 F)


POMMADE-VACCIN
polyvalente
INOSEPTA
ABCÈS - FURONCLES - ANTHRAX
PLAIES - BRULURES
et toutes
DERMATOSES
SUPPURÉES
INSÉVA
INSTITUT DE SÉRO ET VACCINOTHÉRAPIE
DE GARCHES
LABORATOIRES DU Dr F. DEBAT
60, RUE DE MONCEAU


BOLDINE
HOUDÉ
FOIE
BOLDINE HOUDÉ
50 GRANULES TITRÉS
DERUFFE
Laboratoires HOUDÉ, 9, rue Dieu . PARIS.10e

ECTOPIES DU TESTICULE

CRYPTORCHIDIES

Comportement clinique et Traitement

Par le Professeur Pierre Nobécourt
Membre de l'Académie de Médecine

J'ai étudié, dans un précédent mémoire (1), les lésions des testicules ectopiques, le déterminisme de ces lésions, les constatations objectives qui conduisent au diagnostic des cryptorchidies.

Les enfants et les jeunes gens qui ont des testicules **ectopiques** se comportent en clinique de façons diverses ; l'ectopie peut entraîner certaines complications. Enfin, le traitement est actuellement bien réglé. Je vais exposer ces problèmes.

Comportement clinique des cryptorchides

Les enfants, les jeunes gens, les adultes cryptorchides, qui présentent, dans environ 85 p. 100 des cas, des cryptorchidies unilatérales et le plus souvent des cryptorchidies inguinales, se comportent habituellement comme ceux qui ont leurs deux testicules en place dans les bourses.

Un petit nombre présente diverses manifestations qui peuvent être ou ne pas être la conséquence de l'ectopie. On ne peut essayer de préciser une filiation entre celle-ci et celles-là que par une observation minutieuse et une confrontation avec l'état présumé des testicules.

La **taille** est aussi diverse que celle des sujets ayant les testicules en place. Elle est moyenne, réduite ou exagérée. Certains cryptorchides ont une hypertrophie ou une hypotrophie staturales plus ou moins fortes.

Les sujets ayant des cryptorchidies bilatérales offrent seuls quelque intérêt.

Voici les **caractères anthropométriques** de deux garçons ayant des *cryptorchidies bilatérales*.

Henri S... (27.2365). — 5 ans 9 mois.

T. : 121 cm. au lieu de 106 cm. 5. Excès statural : 14 cm. 5, soit 13,5 p. 100 ; *hypertrophie staturale moyenne* (10 à 14 p. 100). Taille de 8 ans 4 mois.

	Henri —	Garçon de 8 ans 4 mois —
B	67 cm.	67 cm.
S	54 cm.	54 cm.
S/B	0,803	0,803
P	33 kg. 600	21 kg. 200
Pt	69-71 = 70 cm.	57 cm. 5

La hauteur du buste (B) et la hauteur réduite des membres inférieurs (S), le rapport de Manouvrier (S/B), sont exactement conformes aux moyennes pour la taille.

Par rapport aux moyennes pour la taille, le poids présente un excès de 12 kg. 400, soit 58 p. 100, le périmètre thoracique xyphoïdien, un excès de 12 cm. 5, soit de 21 p. 100.

Henri a une *obésité* très forte, généralisée, des bourrelets graisseux sur le thorax, les flancs, l'abdomen, les hanches ; les seins sont gros. La morphologie a une tendance féminine.

La verge englobée dans le tissu graisseux paraît petite.

Robert D... (21.529). — Ses tailles et ses mesures segmentaires sont les suivantes :

Ages —	Tailles Robert —	Tailles moyennes de l'âge —	Réduction staturale réelle —	Réduction staturale p. 100 —	Age correspondant à la taille —
7 ans 8 mois	106 cm.	117 cm.	11 cm.	9,4	5 ans 8 mois
8 — 3 —	108 cm.	120 cm. 5	12 cm. 5	10,3	6 —
8 — 9 —	110 cm.	123 cm. 5	13 cm. 5	10,9	6 — 4 —

Ages —	Robert B —	Robert S —	Robert S/B —	Garçons de même taille B —	Garçons de même taille S —	Garçons de même taille S/B —
7 ans 8 mois	59 cm.	47 cm.	0,796	60 cm.	46 cm.	0,750
8 — 9 —	60 cm.	50 cm.	0,833	62 cm.	48 cm.	0,774

Les poids et les périmètres thoraciques sont :

A 7 ans 8 mois : 17 kg. 800, au lieu de 16 kg. 450 pour la taille.
A 8 ans 9 mois : 19 kg. 300, au lieu de 17 kg. 500 pour la taille.
59-60,5 = 60 cm., au lieu de 54 cm.

Robert présente une *hypotrophie staturale* qui s'accentue avec l'âge, d'abord à la limite des hypotrophies légères (6 à 9 p. 100), puis moyenne (10 à 14 p. 100).

Les hauteurs du buste (B) et des membres inférieurs (S), le rapport de Manouvrier (S/B) sont à peu près conformes aux moyennes pour la taille.

Les poids, comparés aux poids moyens pour la taille, sont supérieurs, à 7 ans 8 mois, de 1 kg. 350 ou 8 p. 100 ; à 8 ans 9 mois, de 1 kg. 800 ou 10 p. 100. Ils sont donc dans les limites des variations physiologiques.

Le périmètre thoracique xiphoïdien est supérieur à la moyenne pour la taille de 6 cm., soit 11 p. 100 ; il est conforme à la moyenne pour l'âge (58 cm. 5).

Ces deux garçons, atteints de cryptorchidies bilatérales, ont donc l'un de l'*hypertrophie staturale*, l'autre de l'*hypotrophie staturale*. Leurs observations suffisent, sans qu'il soit nécessaire d'insister, à établir qu'il n'y a pas de relation entre la taille et l'ectopie testiculaire, à ces âges tout au moins. Il est possible, en effet, que, dans la jeunesse, la taille continue de s'accroître pendant plus longtemps que chez les sujets normaux.

Chez ces deux garçons, les *proportions du buste et des membres inférieurs, les rapports de Manouvrier* sont réguliers pour la taille. Mais il est possible que, chez les sujets plus âgés, ne s'installe de la macroskélie.

C'est, en effet, par ces modalités que l'insuffisance testiculaire peut influencer la croissance staturale passé l'âge de la puberté, quand celle-ci ne s'établit pas (1).

De même que les tailles, les poids des cryptorchides sont très divers. Ils sont conformes, supérieurs ou inférieurs aux moyennes pour la taille. Il est de ces sujets qui sont *maigres*, d'autres qui sont *obèses*. Robert a un poids moyen, Henri, une obésité très forte. Les gros présentent assez souvent un habitus féminin, caractérisant le *type adiposo-génital*. On sait que la carence testiculaire entraîne cette modalité morphologique, mais n'est pas un facteur d'obésité (2).

L'évolution de la sexualité et la fonction de reproduction se comportent de façons différentes.

Quand la **cryptorchidie est unilatérale**, si le testicule occupant les bourses est sain, l'*évolution pubérale est régulière*, la *fonction de reproduction* s'établit et, l'âge venu, le sujet est *fécond*.

Quand la **crytorchidie est bilatérale**, on peut rencontrer deux modalités.

Suivant la *première modalité*, qui est la plus habituelle, la *puberté s'établit*, les caractères sexuels secondaires s'installent, la verge grossit, le désir génésique apparaît et devient parfois très fort.

Ce fait est particulièrement caractéristique chez l'étalon. Il s'observe également chez l'homme ; toutefois, d'après Louis Salomon (3) « dans l'ectopie spontanée, l'intégrité des caractères sexuels secondaires, d'ordre général ou psychique, si nette ordinairement chez le cheval, est loin d'être la règle chez l'homme ».

Suivant la *seconde modalité*, rare, le chryptorchide se comporte comme un *castrat*. Il ne présente pas d'évolution pubérale ; ses organes génitaux ne se développent pas ; l'âge venu, il reste *infantile*.

Dans la cryptorchidie bilatérale, la *fonction de reproduction* ne s'établit pas, même si le sujet présente une évolution pubérale ; le sujet reste *infécond*, bien qu'il puisse accomplir l'acte génital et avoir des désirs génésiques intenses. D'après Villard, le fameux étalon « La Clôture » saillit plus de quarante juments sans en féconder une.

On cite des cryptorchides bilatéraux qui auraient été féconds. Cette fécondité est sujette à caution.

Luton et David (1856) font couvrir par un lévrier crytorchide une chienne de même race ; celle-ci met bas des caniches.

L. Ombrédanne (4) relate le fait suivant : Un homme de 23 ans présente « en position d'ectopie à l'orifice inguinal deux splendides testicules..., des signes de virilité presque excessive, verge énorme même à l'état flaccide et velu comme un faune ». Il a « sa vie très gênée par la fréquence et l'intensité de ses désirs génésiques. Il lui fallait de toute urgence plusieurs fois par semaine pratiquer le coït ». Or, l'abondant liquide éjaculé ne contient pas de spermatozoïdes.

Il existe donc une **dissociation entre les caractères sexuels et la fécondité.** Elle s'explique par les lésions que présentent les testicules ectopiés, lésions que j'ai décrites dans mon précédent mémoire. D'une part, les *cellules de la lignée séminale* sont dégénérées et ne forment pas de spermatozoïdes : d'où l'*infécondité*. D'autre part, la *glande interstitielle* ou *diastématique* s'hyperplasie et élabore les hormones sexuelles, dont dépendent les caractères de la *sexualité masculine* (5), ainsi que l'ont montré Bouin et Ancel en 1904.

Certains cryptorchides présentent les attributs du **féminisme** (6), sont des *androgynoïdes*, des *pseudo-hermaphrodites masculins*, des

(1) Nobécourt (Pierre). Ectopies du testicule. Cryptorchidies. Les lésions et leur déterminisme. Le diagnostic. *Gazette des Hôpitaux*, n° 10, mai 1943, p. 149.

(1) Nobécourt (Pierre). Sexualité, croissance staturale et taille. *Revue Pratique des Maladies des Pays Chauds*, tome XV, n° 2, 15-29 fév. 1940.

(2) Nobécourt (Pierre). Carence des glandes sexuelles et obésité dans l'enfance et la jeunesse. La soi-disant obésité sexuelle. *Gazette des Hôpitaux*, 115e année, n° 27, p. 313, 1er août 1942.

(3) Salomon (Louis). La glande interstitielle du testicule. Son histophysiologie générale et ses tumeurs chez les mammifères domestiques et chez l'homme. *Thèse de Paris*, 1938, E. Le François.

(4) Ombrédanne (L.). *Précis clinique et opératoire de chirurgie infantile.* Masson et Cie, Paris, 3e édition, 1932, p. 899.

(5) Nobécourt (Pierre). L'infantilisme par anorchidie au anovarie primaires. *Gazette des Hôpitaux*, 114e année, nos 87-88, p. 857, 29 octobre-novembre 1941.

(6) Nobécourt (Pierre). Du féminisme dans l'enfance et la jeunesse. Déterminisme et thérapeutique du féminisme pendant l'enfance et la jeunesse. *Gazette des hôpitaux*, 115e année, nos 7-8, 28-31 janvier 1942, p. 5, et nos 15-16, 25-28 février 1942, p. 145.

hommes pseudo-hermaphrodites. Leur corps a l'habitus général féminin, ils ont de la gynécomastie et sont des hypospades vulviformes. A la palpation des bourrelets génitaux, on perçoit un corps dont la forme, la consistance, la sensibilité spéciale sont celles d'un testicule ; ou bien on découvre ce corps, soit au cours d'une intervention chirurgicale, soit à l'autopsie, en ectopie inguinale ou intra-abdominale. Mais, d'après L. Ombrédanne, la constatation, chez un androgynoïde, d'une glande ayant l'apparence d'un testicule n'entraîne qu'une présomption ; le contrôle microscopique avec une technique bien réglée est indispensable. Le déterminisme de ces faits n'est pas élucidé.

La cryptorchidie, surtout quand elle est bilatérale, est un sujet de préoccupation pour le jeune homme et l'adulte, qui craignent leur infériorité sexuelle. Elle peut entraîner, surtout chez les prédisposés, des **troubles psychopathiques.**

Si le médecin est consulté au sujet d'un *mariage* éventuel, il doit envisager, quand la cryptorchie est bilatérale, l'*infécondité.* Je pense qu'il ne doit pas cacher la vérité ; mais il doit donner son avis avec précaution et demander, au préalable, la recherche des spermatozoïdes.

L'ectopie du testicule peut avoir des CONSÉQUENCES d'ordres divers.

L'ectopie inguinale a parfois des *conséquences mécaniques :* douleur, gêne de la marche, etc. Unilatérale, elle provoque parfois, d'après L. Ombrédanne, une attitude hanchée sur le membre correspondant.

La *torsion* du testicule ectopié est exceptionnelle, pour L. Ombrédanne.

Au cours d'une blennorragie peut survenir une *orchite.* Le testicule en ectopie inguinale est comprimé dans le canal. La situation devient dramatique : douleurs atroces, irradiées dans la fosse iliaque, syndrome péritonitique. Si l'ectopie siège à droite, le diagnostic avec l'appendicite est à discuter.

Le testicule ectopié serait prédisposé au *néoplasme.* Jacquart relate quatre cas dans lesquels la descente opératoire a été suivie, longtemps après, chez des hommes de 30 à 45 ans, de l'apparition d'une tumeur. Les statistiques relatives à la fréquence de cette complication ne sont pas concordantes.

La DESCENTE SPONTANÉE du testicule en ectopie inguinale est fréquente. Elle se produit, d'après Bjerre, dans 63 p. 100 des cas ; d'après William, dans 63 p. 100 des ectopies unilatérales et 67 p. 100 des ectopies bilatérales. Le testicule descend, en général, de 10 à 15 ans, et surtout vers 15 ans.

La fréquence des descentes spontanées doit rendre prudent dans l'institution d'un traitement et l'interprétation des résultats constatés à la suite de celui-ci.

TRAITEMENT

Le traitement des ectopies du testicule est *médical* et *chirurgical.*

TRAITEMENT MÉDICAL. — On le réalise avec l'*opothérapie thymique*, l'*opothérapie thyroïdienne*, les hormones *gonadotropes.*

Opothérapie thymique. — Elle a été préconisée, en 1927, par P. Lereboullet et J.-J. Gournay (1) et pratiquée depuis par plusieurs médecins.

P. Lereboullet conseille, chaque mois, à raison de trois par semaine, six à huit injections d'un *extrait perthymique* de veau très jeune, particulièrement actif, et, en outre, pendant dix jours, l'ingestion quotidienne d'un gramme de poudre de thymus desséché.

On associe parfois l'*extrait de thymus de jeune veau* et l'*extrait de testicule de taureau.*

Ces médications amèneraient souvent la descente des testicules.

Opothérapie thyroïdienne. — Les extraits thyroïdiens, à la dose quotidienne de 0 gr. 05, sont administrés par série de huit jours, séparées par des repos de quatre jours.

Cette thérapeutique, poursuivie pendant longtemps, assurerait la descente des testicules. H.-G. Armstrong a obtenu, avec la dose de 0 gr. 03, chez sept garçons ayant des cryptorchidies bilatérales, six fois la descente des deux testicules, une fois la descente d'un seul.

Hormones gonadotropes. — L'emploi des hormones gonadotropes provenant, soit de l'antéhyppohyse, soit de l'urine des femmes enceintes, donne des résultats divers.

Schapiro, Goldstein et Stern, d'autres, ont constaté de bons effets.

Spence et Scowen (1935-1938), en traitant des testicules en ectopie inguinale qui ne pouvaient manuellement être amenés dans le scrotum, ont obtenu la descente dans 76 % des ectopies bilatérales, 66 % des unilatérales.

Bigler (1938) constate la descente des testicules dans 25 % des cas ; mais sept fois sur dix, les testicules ne restèrent pas dans les bourses.

Ces divers traitements sont surtout efficaces quand le testicule en ectopie inguinale est mobilisable ; mais alors, il est probable que, souvent, il serait descendu spontanément. Quand le testicule est fixé et peu mobile, quand on ne le sent pas par la palpation, il ne faut pas trop compter sur leur efficacité. En tout cas, il ne faut pas poursuivre indéfiniment le traitement et laisser passer l'âge où l'on doit avoir recours à l'intervention chirurgicale.

TRAITEMENT CHIRURGICAL. — L. Ombrédanne a précisé ses *indications* et ses *contre-indications.*

(1) LEREBOULLET (P.) et GOURNAY (J.-J.). Action des extraits thymiques sur le développement des organes génitaux. *Société de Pédiatrie de Paris*, 5 juillet 1927, p. 341.

Indications. — Il faut intervenir de 6 à 8 ans et ne pas attendre les approches de la puberté, c'est-à-dire 12 à 14 ans. Une intervention précoce donne des résultats meilleurs qu'une intervention tardive, car les altérations du testicule ectopié s'intensifient avec l'âge et deviennent de plus en plus difficilement réparables.

Dans l'*ectopie inguinale*, l'indication est formelle quand le testicule ne peut être amené au-dessous du pubis. Attendre une descente spontanée à la puberté est très aléatoire.

Quand l'*ectopie est bilatérale*, l'intervention doit être faite en deux temps, successivement, de chaque côté, à un mois d'intervalle. « Vouloir abaisser en un seul temps deux testicules fixés, ectopiques vrais, c'est vouloir s'exposer à des désastres. »

Dans l'*ectopie iliaque*, il faut intervenir, mais les résultats sont très aléatoires. On ne peut prévoir la possibilité d'un abaissement et l'état des testicules.

Contre-indications. — « Tout testicule d'enfant que des manœuvres prudentes d'abaissement arrivent à amener au fond des bourses ne doit pas être opéré ; il descendra tout seul, au moment de la puberté. »

Un *testicule flottant* ne doit être opéré qu'exceptionnellement, s'il est douloureux et exposé à des contusions au cours d'exercices de gymnastique ou de sport. Cependant, si l'autre testicule est ectopié et doit être opéré, « il est facile, dans le même temps, d'exécuter à la fois l'orchidopexie du testicule ectopié vrai et la fixation accessoire du flottant ».

Résultats de l'intervention chirurgicale. — Ces résultats sont différents suivant les statistiques.

Bjerre, sur 100 opérés à l'âge moyen de 12 ans, beaucoup à la puberté, constate 58 bons résultats, 38 résultats mauvais et 10 cas d'atrophie consécutive.

Turner, sur 100 cas, a 70 succès, 16 résultats incomplets, 14 échecs.

Les statistiques des chirurgiens des Etats-Unis mentionnent la guérison dans 42 à 72 p. 100 des cas.

Les différences dans les résultats des interventions chirurgicales dépendent de *facteurs divers :* technique opératoire, âge de l'opéré, état du testicule.

La fixation du testicule dans les bourses est favorable à son accroissement et à sa régénération, à la condition que son état le permette ; s'il s'agit d'une dysplasie congénitale, sa vitalité ne lui permet guère. Quand on conseille une intervention, il faut toujours faire des réserves sur ses résultats.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

12 mai. — M. FAUCON. Contribution à l'étude des diverticules du cavum et de leurs complications.

14 mai. — Mlle NICOL-TRÉMANT. La sulfamidothérapie par voie intra-péritonéale dans les interventions obstétricales.

19 mai. — M. PARISOT. De la purification des sérums sanguins thérapeutiques. Essai de séparation des principes anaphylactisants du sérum sanguin.

22 mai. — M. RIGODON. Contribution à l'étude des injections intra-veineuses de novocaïne dans les syndromes respiratoires.

24 mai. — M. GUILBAUD. La notion de vitesse de la sédimentation globulaire dans la tuberculose pulmonaire. — M. HASHAGEN. Etude clinique de l'action hématogène des acides aminés. — M. RIGEMONTI. Les accidents hémorragiques au cours de l'ictère hémolytique familial.

26 mai. — L. COLAS. L'anesthésie péridurale en chirurgie urinaire.

THESES VETERINAIRES

26 mai. — M. DANIEL. L'avitaminose A du porc. — M. GILLET. Les intoxications du bétail par les tourteaux de lin. — M. TAMBAREAU. La pilocarpine. Son emploi en médecine véritinaire.

CENTRE D'INFORMATION DES SERVICES MEDICAUX D'ENTREPRISES ET INTERENTREPRISES. Réunion d'étude du 16 décembre 1942, in-4°, 26 pages. Editions Sociales Françaises, Paris, 1943.

Le C. I. S. M. E. rend compte de la réunion d'étude qui s'est tenue à Paris, 31, rue Guyot, le 16 décembre 1942, et au cours de laquelle les Drs Jacqueson, Balazuc, Perrault, Barthe et MM. Aubryb et Mignon traitèrent un certain nombre de questions intéressant la médecine d'usine, parmi lesquelles « l'organisation du service médical interentreprise, sa liaison avec les autres services médicaux et sociaux, les problèmes juridiques soulevés par la médecine d'usine... ».

Les rapports qui ont été présentés ne proposent pas une solution définitive aux différents problèmes que pose la médecine d'usine. Ils résument des expériences et permettent de confronter les résultats obtenus dans les différents services en fonctionnement. En les publiant *in extenso*, le C. I. S. M. E. a voulu en faire profiter tous ceux qu'intéresse la médecine d'usine.

HOPITAUX ET HOSPICES CIVILS DE PARIS

REPARTITION DES CHEFS DE SERVICE, ASSISTANTS

INTERNES ET EXTERNES

ANNÉE 1943-1944

LISTE DES HOPITAUX *(Pour la recherche d'un hôpital se reporter à l'initiale indiquée)*

Ambroise-Paré (Boileau)	M	Claude-Bernard	S	Necker	D
Antoine-Chantin	AH	Cochin	F	Neuilly	AL
Baudelocque	Q	Debrousse	AD *ter*	Piccini	AI
Bicêtre	Y	Enfants-Malades	E	Pitié	B
Bichat	I	Garches	AF	Salpêtrière	Z
Boileau (ancien Ambroise-Paré)	M	Hérold	V	Sainte-Anne	AG
Boucicaut	K	Hôtel-Dieu	A	Saint-Antoine	C
Bretonneau	U	Ivry	AA	Saint-Louis	N
Brévannes	AK	Laënnec	H	Sainte-Périne	AD
Broca	O	La Rochefoucauld	AC	Saint-Vincent-de-Paul	X
Broussais	J	Maison Municipale de Santé	W	Tarnier	R
Champrosay et sanatoria	AM	Marmottan	AE	Tenon	G
Chardon-Lagache	AD *bis*	Maternité	P	Trousseau	T
Cité Universitaire	AJ	Ménages	AB	Vaugirard	L

A. — Hôtel-Dieu. — 1. Médecin : M. le Prof. Fiessinger ; assistant : M. Gaultier ; chefs de clinique : MM. Ledoux-Lebard, Tiffeneau, Lajouanine, Lamotte, Dupuy ; chefs de laboratoire : Mme Coquoin, MM. Glomaud, Roux, Dognon, Merklen, Mlle Laur, M. Duhem (moniteur) ; internes : MM. Salet, Deprez, Grislain ; externes : MM. Meyer, Deribreux, Fouchet, Robert, Egger, Polonovski, Nicolle, Martin, Vazeux, Houssay, Pitollet, Legrand, Tremblay.

2. Médecin : M. Debray ; assistante : Mlle Provendier ; interne : M. Koupernik ; externes : MM. Alexopoulos, de Person, Gantier, Dussaux, Cottrel.

3. Médecin : M. le Prof. Bénard ; assistant : M. Rambert ; interne : M. Trémolières ; externes : MM. Paillas, Davaine, Dubrisay, Hummel, Voitot, Morin.

4. Médecin : M. Nicaud ; assistant : M. Lafitte ; interne : M. Dailly ; externes : MM. Bloch-Lainé, Millet, Chambionnat, Puyo, Castel, Cerbonnet.

5. Médecin : M. Bariéty ; assistant : M. Lesobre ; interne : M. Camus ; externes : MM. Dubois, Debray, Brulet, Marcotte, Bignon.

6. Chirurgien : M. le Prof. Brocq ; assistants : MM. Gueullette, Gosset ; chefs de clinique : MM. Darricau, Vincent ; assistant de consultation : M. Rudler ; chef de laboratoire : M. Feyel ; internes : MM. Gandrille, Mercadier, Dubost, Hertz ; externes : MM. Nezeloff, Tabernat, Servier, Martinat, Morel, Landréat, Mouchot, Rouam-Sim, Durosselle, Fortin, Montagnon, Malizard, Gérard-Marchant, Vidal, Dugourd, Mlle Genin.

7. Accoucheur : M. Cleisz ; assistant : M. Bidoire ; internes : MM. Magder, Mouret (*E. P.*) ; externes : M. Parrot, Mlle Marchand, M. Molho, Mlle Rapidel, MM. Gouygou, Dorland.

8. Ophtalmologie : Ophtalmologiste : M. le Prof. Welter ; assistant titulaire du service : M. Joseph ; assistant suppléant du service : N... ; 1er assistant de consultation : M. Offret ; 2e assistant de consultation : M. Prudhommeaux ; internes : MM. Blancard, Barbet (*E. P.*) ; externes : MM. Hébert, Pipet, Vallois, Lemasson, Mlles Weinstein, Genty, M. Lutier.

9. Consultation de Médecine — Médecin : M. Albot ; assistant : M. Blanchon ; internes : MM. Buhot, Eman-Zadé ; externes : MM. Duprey, Gauliard, Mlle Ardillier, M. Maillard.

10. Consultation de chirurgie. — Chirurgien : M. Brocq ; externes : MM. Lévy, Cadoret, Dufourmentel.

11. Stomatologie. — Stomatologiste : M. Raison ; adjoint : M. Fricz ; assistante : Mme Cernéa ; externes : MM. Bara, Desauge.

12. Electro-radiologie. — Chef du service central : M. Lagarenne.

13. Hydro-thermothérapie. — Chef : M. Duhem ; interne : M. Musset ; externes : MM. Bonfils, Brillaut, Alluaume.

14. Centre des Tumeurs. — Interne : M. Benezech (*E. P.*).

B. — La Pitié. — 1. Médecin : M. le Prof. Vincent ; assistant : M. Thiébaut; chefs de clinique : MM. Daum, Philippe, Tardieu, Trotot; chef de laboratoire : MM. Berdet, Placa (à titre étranger) ; internes : MM. Sclafer, Pluvinage, Stagé (*E. P.*) ; externes : M. Bernard, Mlle Geber, MM. Homualk, Lainé, Guilloux, Jouve, Couteaux.

C. — Saint-Antoine. — 1. Médecin : M. le Prof. Lœper ; assistant : M. Varay ; chefs de clinique : MM. Chassagne, Boulenger, Mozziconacci ; chefs de laboratoire : MM. Lesure, Cottet, Mme David, M. Mallarmé ; internes : Mlle Nouffard, M. Mathey ; externes : MM. Debray, Velter, Lauras, Hoquet, Le Courtois, Pineau, Hebert.

2. Médecin : M. Chabrol ; assistant : M. Cachin ; interne : M. Blanchon ; externes : MM. Flurin, Lapresle, Mlle Hurel, MM. Duval, Bouvattier.

3. Médecin : M. Mouquin ; assistant : M. Catinat ; interne : M. Brisset; externes : MM. Tobé, Ossipovski, Deniker, Postel, Thomas-Lamotte.

4. Médecin : M. Jacquet ; assistant : M. Plas ; interne : M. Saltet de Sablet ; externes : MM. Colbert, Gross, Lepront, Desmonts, Hug.

5. Médecin : M. Jacob ; 1re assistante : Mlle Scherrer ; 2e assistante : Mme Langle ; 3e assistante chargée des pneumothorax : Mme Cans ; 4e assistant : M. Bourguignon ; interne : Mlle Quéret ; externes : MM. Koskinas, Saldes, Houde, Brodin, Mlle Chapu.

6. Centre de Triage. — M. Jacob ; externes : MM. Chardon, L'Henoret, Marie.

7. Médecin : M. Boulin ; assistant : M. Bour ; interne : M. Duhamel, Gérard ; externes : MM. Boutaric, Weissenbach, Chateau, Tourneur-Aumont, Vigneron, Mlle Favre.

8. Médecin : M. Decourt ; assistant : M. Périer ; interne : M. Gorin ; externes : MM. Boutroy, Moisan, Coffin, Boëffard, Troudet.

9. Médecin : M. Garcin ; assistant : M. Kipfer ; internes : MM. Houdart, Carlotti ; externes : MM. Boulard, Avenier, Boutillier du Rétail, Le Jeune, Prieur.

10. Chirurgien : M. le Prof. Cadenat ; assistant : M. Funck-Brentano ; chefs de clinique : MM. Monsaingeon, Morel, Verne ; chef de laboratoire : Mlle Desmonts ; internes : MM. Duhamel Georges, Dufourmentel, Berthon ; externes : Mlle Henrion, MM. Juret, Gaujard, Lapresle, Pelbois, Mlle Juvin, MM. Dambrine, Nedelec.

11. Chirurgien : M. Bergeret ; assistant : M. Heep ; internes : MM. Aupinel, Cotillon, Debost, Taptas ; externes : M. Le Guyader, Mlle Monbrun, M. Oudin, Mlles Bernard, Plisson, MM. Degeorges, Texier.

12. Accoucheur : M. Lévy-Solal ; assistant : M. Morin ; internes : MM. Martin (*E. P.*), Sirot, (*E. P.*) ; externes : MM. Galy, Ceccaldi, Desjeux, Cresson, Desprez.

13. Oto-rhino-laryngologie. — M. Halphen ; chef adjoint : M. Ombrédanne ; assistant titulaire du service : M. Berard ; assistant suppléant du service : M. Bruneau ; assistants de consultation : MM. Jourdan, Cochard; interne : M. Haguet ; externes : MM. Renouvin, Foing, Baufle, Borst, Sans.

14. Ophtalmologie. — Ophtalmologiste : M. Favory ; assistant titulaire du service : M. Tran Ba Huy ; assistant adjoint de consultation : Mlle Schauving ; assistant de consultation : M. Decorps ; interne : M. Toufesco ; externes : Mme Minkowski, MM. Pausini, Pierquin, Le Goff.

15. Consultation de médecine. — M. Hillemand ; interne : M. Bureau ; externes : MM. Larget, Gauthier, Hermann, Mlle Chateauraynaud, M. Meininger.

16. Consultation de chirurgie. — Chirurgien : M. Bréchot ; assistant : M. Lackmann ; externes : Mlle Kergoyan (Gyptes), Mme Homualk, MM. Crescuicci, Deltheil.

17. Stomatologie : stomatologiste : M. Thibaut ; adjoint : M. Hennion ; assistant : M. Bataille ; externes : MM. Laine, Malapert, Guignon.

18. Electro-radiologie. — M. Porcher ; chef adjoint : M. Pierquin ; assistants : M. Boudaghian, Mme Gilles ; interne : M. Mouzon (*E. P.*) ; externes : MM. Cournot, Chatonet, Clément.

19. Transfusion sanguine. — M. Sureau ; externes : MM. Rodas, Grigaut, Larroque, Mlle Proux.

D. — Necker. — 1. Médecin : M. Lœderich ; assistant : M. Teyssier ; interne : M. Gosset ; externes : MM. Leperq, Pinel, Mlles Baey, Mottais, M. Closier.

2. Médecin : M. Richet ; assistant : M. Lesueur ; interne : M. Godlewsky ; externes : MM. Cavagna, Rolland, Dujardin, Maret, Meker.

3. Médecin : M. le Prof. Binet ; assistant : M. Conte ; interne : M. Gougerot ; externes : Mlle Noviant, MM. Ramon, Tequi, Lagrange, Betourné.

4. Médecin : M. Jacquelin ; assistant : M. Turiaf ; interne : M. Capron; externes : MM. Sebillotte, Bruezière, Baudry, Barral.

5. Chirurgien : M. Jean Berger ; assistant : M. Mialaret ; internes : MM. Hervet, Bessière, Edelmann ; externes : MM. Giffard, Clément, Gauthier, Touche, Arguillère, Lesage, Doutrebente (anesthésiste).

6. Chirurgien : M. Gouverneur ; assistant : M. Dufour ; assistant de consultation : M. Giard ; adjoint : M. Jaupitre ; internes : MM. Bonvallet, Delouche, Wintrebert ; externes : Mlle Rasse, MM. Letessier, Barety, Lesieur, Heyblon, Djindjian, Eloy, Benard, Aldigheri, Delahaye (anesthésiste).

7. Consultation de médecine : Médecin : M. Lambling ; assistant : M. Soullard ; interne : M. Guéniot ; externes : MM. Denier, Bertrand, Dubois.

8. Consultation de chirurgie : Chirurgien : M. Rouhier ; assistant : M. Fayot ; externes : MM. Bouteille, Wronecki.

9. Stomatologie. — Stomatologiste : M. Gornoec ; adjoint : M. Lepoivre ; assistant : M. Fromaigeat ; externes : MM. Pot, Gaillemin.

10. Electro-radiologie : M. Gilson ; électro-radiologiste chargé du service : M. Coliez ; externes : MM. Mainguet, Delonca, Blatrix.

11. Service de rœntgenthérapie. Centre des tumeurs. — M. Coliez ; interne : M. Lamy (*E. P.*).

E. — Enfants-Malades. — 1. Médecin : M. le Prof. Debré ; assistant : M. Thieffry ; chefs de clinique : M. Gerbeaux, Mlles Bonnenfant, Œmichen, M. Mande ; chefs de laboratoire : M. Costil, Mmes Fauvert, Couchoux (moniteur) ; interne : M. Royer ; externes : MM. Mazière, Bruneau, Contamin, Coudert, Le Damany, Dumoncel, Herrault, Mlle Lebailly, M. Lemoine.

2. Service temporaire de polyomiélite. — M. le Prof. Debré ; interne : M. Minkowski ; externes : M. Menut, Mme Monod-Broca, M. Perrier, Mlles Berneri, Klein.

3. Médecin : M. Chevalley ; assistant : M. Le Loc'h ; interne : M. Danion ; externes : MM. Delasnerie, Briant, Le Quintrec, Guillaume, Bouffard.

4. Crèche ancienne et nouvelle : M. Chevalley ; interne M. Caldier.

5. Médecin : M. Huber ; assistant : M. Florand ; interne : M. Durand ; externes : MM. Mathieu, Chevret, Frette, Mlle Lelièvre, MM. Poteaux, Grellet.

6. — Médecin : M. Lamy ; assistante : Mlle Jammet ; interne : Mlle Doumic ; externes : M. Monod, Mme Benoit née Naline, Mme Bernard née Brun, Mlles Lescoffy, Fayol, Fagnot.

7. Centre de vaccination antidiphtérique. — M. Lafaille ; externe : M. Mage.

8. Médecin. — M. Heuyer ; assistant : M. Hurez ; interne : M. Weill ; externes : M. Balandra, Mlle Carette, Mmes Fayol, Comte, MM. Boitard, Cayé, Conche.

9. Chirurgien : M. le Prof. Leveuf ; assistant : M. Laurence ; assistant de consultation : M. Bertrand ; chefs de clinique : MM. Laurence, Lecœur, Boissonnat, Adam ; chef de laboratoire : Mlle Boy ; internes : MM. Mouton, Oudot, Germain ; externes : MM. Coudeyras, Pellot, Mlle Gabalda ; MM. Lebrun, Héraud, Mlles Métivier, Samson, Lascoux, M. Dousset, Mlle Savariaud.

10. Service médical d'Antony. — Chirurgien : M. le Prof. Leveuf ; *E. P.* : Le Brigand ; externes : MM. Drouet, Crénin.

11. Chirurgien : M. Huet ; assistant : M. Huguier ; interne : MM. Enel, Etienne, Mage ; externes : MM. Seriès, Deschamps, Magnier, Moreau, Vivier, Labouret, Anglade.

12. Oto-rhino-laryngologiste : M. Le Mée ; assistant chargé des nourrissons : M. Delormeau ; 1er assistant titulaire du service : M. Richier ; 2e assistant titulaire du service : M. Zbâ ; 1er assistant de consultation : M. Devaux ; 2e assistant de consultation : M. Mazarakis ; internes : MM. Galand, Bourguet, Ebstein ; externes : MM. Pouget, Flouquet, Poullain, Mlles Thierry-Mieg, Vassallo, Mme Valadier, MM. Levasseur, Lecomte, Mlle Riou

13. Ophtalmologiste : M. Monbrun ; assistant titulaire du service : M. Marmier ; assistant suppléant du service : M. Ducroix ; 1er assistant de consultation : M. Jourdy ; 2e assistant de consultation : M. Deschamps ; interne : M. Ardouin ; externes : MM. Grobon, Le Nail, Lefort, Mlle Chapelan.

14. Consultation de Médecine : Mme Roudinesco ; assistante : Mlle Papaianou ; interne : Mme Demassieux ; externes : Mme Tanzy ; MM. Denoyelle, Wapler, Robert, Colsy.

15. Sélection : Mme Roudinesco, M. Arnaud (*E. P.*) :

16. Electro-radiologie : M. Lomon ; chef adjoint, M. Bernard ; assistant : M. Villebrun ; externes : MM. Flouquet, Claude, Poubel dit Broyelle.

F. — Cochin. — 1. Médecin : M. le Prof. Harvier ; assistant : M. Antonelli ; chefs de clinique : MM. di Matteo, Siguier, Marre-Rault ; chefs de laboratoire : MM. de Traverse, Gallais, Lavergne, Thiébaut, Barraut ; internes : MM. Audoly, Isorni, Rouault, Lœper ; externes : MM. Avril, Gugelot, Leménager, Frileux, Guilleminot, Mlles Cruciani, Bosquet, Benon, M. Doll, Mlle Sidler, M. Guillermon, Mme Fressinaud-Masdefeix, MM. Fabre, Matalon, Nicolaïdis, Caramanian.

2. Médecin : M. Ameuille ; assistants : MM. Kudelski, Hinaut, Fauvet Lemoine : interne : M. Renault ; externes : MM. Marmin, Mazabraud, Weber, Missonnier, Nicolle, Breger.

3. Service du dispensaire : Médecin : M. Ameuille ; interne : M. Pierart (*E. P.*) ; externes : M. Lecœur, Mlles Segard, Hel, M. Boissier.

4. Service des tuberculeux. — M. Ameuille ; interne : M. Danset ; externes : Mlle Bec, MM. Wattebled, Lees.

5. Tuberculeux-femmes. — M. Ameuille ; externes : Mlle Albert M. Lange.

6. Médecin : M. Coste ; internes : MM. Hewitt, Davy ; externes : MM. Coffin, Boissière, Petitcollot, de Ponton d'Amécourt, Sapin-Jaloustre (H.), Sapin-Jaloustre (J.), Chirié, Benoit.

7. Chirurgien : M. le Prof. Quénu ; assistant : MM. Cauchoix, Merle d'Aubigné ; chefs de clinique : MM. Chalochet, Sagaut, Thomeret ; internes : MM. Joussemet, Aurégan, Pérol, Delatour, Staub ; externes : MM. Séro-Guillaume, Tiriau, Carette, Gras, Mlle Dubuisson, MM. Poilpré, Hue, Gourio, Lefebvre, Frauscher, Isch, Mlles Miriel, Buzot, Mme Mathey (anesthésiste).

8. Chirurgien : M. Fey ; assistant : M. Couvelaire ; chefs de clinique : MM. Bouteau, Pertus ; chefs de laboratoire : M. Busser, Ferrier, Mlle Lebert ; internes : MM. Raynaud, Compagnon ; externes : MM. Auvert, Martin, Geninet, Mlle Hot, MM. Chatain, Ferreux, Lartizien, Mlle de Mazarin (anesthésiste).

9. Chirurgien : M. le Prof. Mathieu ; assistant : M. Padovani ; chefs de clinique : MM. Schaefer, Judet, Lascaux ; chef de laboratoire : M. P. Lance ; internes : MM. Verstraëte, Eudel ; externes : MM. Vanderpooten, Briens, Jabouille, Beucher, Mlle Bordeaux des Barres.

10. Consultation de Médecine. — Médecin : M. Pollet ; M. Perrier (*E. P.*) ; externes : MM. Meunier, Delmas, Trélat, Mlle Held.

11. Consultation de chirurgie. — Chirurgien : M. Quénu ; assistant : M. Ménégaux ; externes : MM. Gautier, Vivarès, Autier.

12. Consultation d'ophtalmologie. — Ophtalmologiste : M. Renard ; assistant de consultation : M. Lelièvre ; externes : M. Perdrizet, Mlle Deblaye.

13. Electro-radiologie. — M. Dariaux ; chef adjoint : M. Montmignaut ; assistant : M. Dubois ; interne : M. Vaysse ; externes : MM. Buffeteaux, Ziégler.

14. Stomatologie. — Stomatologiste : M. Lattes ; stomatologiste adjoint : M. Vrasse ; assistant : M. Cabrol ; externes : MM. Fontanel, Bessi.

15. Oto-rhino-laryngologie. — M. Ramadier ; assistant du service : M. Maspetiol ; assistant de consultation : M. Eyriès ; interne : M. Henrot ; externes : MM. Massonnet, Faivre, Eschbach, Thuot, Prudhomme.

G. — Tenon. — 1. Médecin : M. Lian assistant : M. Frumusan ; interne : M. Berger ; externes : MM. Barbé, Pillois, Bouelle, Tavernier, Moigneteau.

2. Médecin : M. Brûlé ; assistant : M. Gilbrun ; interne : M. Haquin ; externes : MM. Delpech, Vimeux, Mercier, Courtois-Suffit, Chataigneau, Bommelaër.

3. Médecin : M. Guy Laroche ; assistant : M. Bompard ; interne : M. Loubrieu ; externes : MM. Prot, Pequignot, Giraud, Trividic.

4. Médecin : M. May ; assistants : MM. Netter, Ollivier ; internes : MM. Alhomme, d'Œlsnitz ; externes : MM. Coutel, Robin, Tiret, Devaux, Bailleul, Gadras, Caspar, Hatt.

5. Médecin : M. Marchal ; assistant : N... ; interne : M. Blanc ; externes : MM. Lamy, Bernier, Bazin, Poirault, Mlle Cacaud, M. Robert.

6. Médecin : M. Roger Even ; assistants : MM. Chareire, Lecœur, Cros-Decam ; internes : Nalpas, Adam ; externes : Crusson, Pichon, Traineau, Foissaud, Salmon, Dupuis, Michelin, Bramat, Gaudin.

7. Médecin : M. Carrié ; assistant : M. Roux ; interne : M. Bouttier ; externes : MM. Mauduit, Body, Mlle Morival, M. Moullec.

8. Médecin : M. Ravina ; assistant : M. Pécher ; interne : M. Ducournau ; externes : MM. Crépy, Fritel, Connault, Belin, Rameix, Devaux.

9. Chirurgien : M. Houdard ; internes : MM. Caufment, Brenier, Fronville ; externes : MM. Schipman, Pinchon, Boutry, Harel, Raulline, Thomas, Soulier, Lausecker.

10. Chirurgien : M. Maurer ; assistant : MM. Sauvage, Mathey ; internes : MM. Denizet, Forgeois (*E. P.*), Faurel (*E. P.*) ; externes : MM. Roussel, Marie, Mlle Paris, MM. Brémond, Avrillon, Monégur du Sorbier, Rougerie, Mlle Colomès.

11. Chirurgien : M. Moulonguet ; assistants : MM. Chigot, Verne ; internes : MM. Marzet, Kaeppelin, Ronsin ; externes : MM. Lamare, Menut, Chabrol, Forès, Hazard, Julien, Hoppeler.

12. Accoucheur : M. Digonnet ; assistant de consultation : M. Bigey ; internes : MM. Klein, Delagarde (*E. P.*) ; externes : MM. Villebœuf, Daffos, Teurtroy, Michiels, Betuel, Binda.

13. Oto-rhino-laryngologie. — M. Chatellier ; assistant titulaire du service : M. Rémy-Néris ; assistant suppléant du service : M. Magnien ; 1er assistant de consultation : M. Pouquet ; 2e assistant de consultation : N... ; internes : MM. Labayle, Parsy, André ; externes : MM. Ramaroni, Hervé, Constant, Parizy, Mlle Solier, M. Legouté.

14. Ophtalmologie. — Ophtalmologiste : M. Bollack ; assistant titulaire du service : Mme Delthil ; assistant de consultation : Mlle Odic ; interne : M. Boudon ; externes : MM. Cauvin, Lefèvre, Certin, Michel.

15. Consultation de Médecine. — Médecin : M. Escalier ; assistant : M. Guilly ; (*E. P.*) : M. Rousseau ; externes : MM. Sassier, Poinsard, Weiler, Boissy, Stéphan.

16. Stomatologie. — Stomatologiste : M. Lacronique ; stomatologiste adjoint : Mme Chaput ; assistant : M. Corbeil ; externe : Mlle Mettetal.

17. Consultation de chirurgie. — Chirurgien : M. Deniker ; assistant : M. Viala ; externes : MM. Maurin, Besse, David.

18. Electro-radiologie. — M. Lepennetier ; chef adjoint : M. Godefroy ; assistants : MM. Chambonnet, Auber ; électro-radiologiste chargé du service : Mallet ; externes : Berthomier, Bonan, Besson.

19. Centre des tumeurs. — Chirurgien : M. Moulonguet ; interne : M. Cambessedès (*E. P.*).

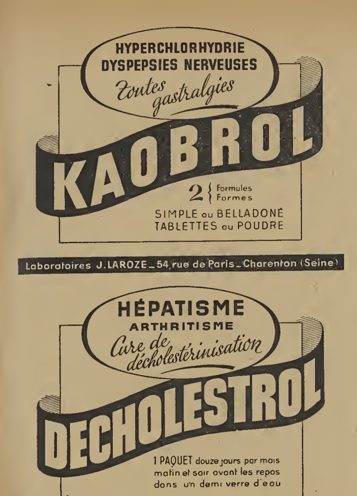
H. — Laënnec. — 1. Médecin : M. le Prof. Troisier ; chefs de clinique : Mme Lamotte, MM. Brissaud, Genevrier, Lacorne ; chefs de laboratoire : MM. Bariéty, Harispe, Mlle Kohler ; internes : MM. Hardel, Blancard ; externes : MM. Wallon, Bourgeois-Gavardin, Plessier, Dubois de Montreynaud, Oger, Habib, Lécuyer, Charette, Guillet.

2. Crèche. — M. le Prof. Troisier ; externes : M. Dufour, Mlle Mallet.

3. Dispensaire Léon Bourgeois. — Externes : MM. Troisier, Rcberteau, Poizot.

4. Médecin : M. Louis Ramond ; assistant : M. Vilard ; internes : MM. Danel, Lesca ; externes : MM. Villey-Desmeserets, Lemaire, Mlle Lemaître, M. Bénézech.

5. Médecin. — M. Bénard ; assistant : M. Royer de Véricourt ; interne : M. Bareau ; externes : MM. Coutureau, Chatriot, Lefevre, Solignac, Kalichnikoff.







LABORATOIRE LEDENT - MONTREUIL-SUR-MER (P.-DE-C.)



Période de reprise, de retour à la normale, la convalescence est un état dangereux, au cours duquel l'organisme affaibli ne doit pas être soumis, à un travail excessif.

Il faut au contraire s'ingénier à lui fournir des aliments énergétiques, d'assimilation aisée et intégrale. En particulier les glucides, source de chaleur et d'énergie doivent être utilisées, principalement sous forme de bouillies maltosées.

La DIASE CÉRÉALE, faite de farines sélectionnées de froment et d'orge, à taux d'extraction modéré, contient une diastase dont l'action solubilisante sur les amidons permet l'obtention de bouillies semi-fluides à haute concentration alimentaire, constituées principalement par des polyoses assimilables.

Les bouillies de DIASE CÉRÉALE apportent ainsi au convalescent la surcharge glucidique indispensable à son organisme, pour surmonter sa faiblesse et retrouver sa vigueur normale.

DIASE CÉRÉALE

LA FARINE DIASTASÉE DE RÉGIME

Etts. JACQUEMAIRE — VILLEFRANCHE (Rhône)

OPOTHÉRAPIE ASSOCIÉE

PANCRÉPATINE

LALEUF

CAPSULES GLUTINISÉES

DIABÈTE

6 A 12 CAPSULES PAR JOUR
(AU COURS DES REPAS)
SUIVANT PRESCRIPTION MÉDICALE

LITTÉRATURE
LABORATOIRES LALEUF
51, RUE NICOLO, PARIS-XVIe

6. Médecin : M. Léchelle ; assistant : M. Thevenard ; interne : M. Ancelin ; externes : Mlle Pozerski ; MM. Cartier, Merlier, Darbord, Fallas.

7. Médecin : M. Pruvost ; assistants : MM. Brincourt, Depierre, Thoyer, Mlles Blanchy, Aubin ; chef de laboratoire adjoint : M. Mabiliau ; internes : MM. Daumet, Godlewski ; externes : MM. Choay, Nicolle, Méary, Cellerier, Wallois, Mlle Bouveau, MM. Le Rolland, Goujon, Mlle Pétin, MM. Flandre, Guégan, Hellouin de Ménibus.

8. Dispensaire Léon Bourgeois. — Médecin : M. Pruvost ; externes : MM. Petit, Grégoire, Colvez.

9. Chirurgien : M. Girode ; assistants : MM. Meillère, Gérard-Marchant ; internes : MM. Debusschère, Léger ; externes : MM. Renard, Lordez, Mlle Le Guen, MM. Baron, Poinsard.

10. Chirurgien : M. Robert Monod ; assistant : M. O. Monod ; assistant médical : M. Beuzard ; internes : MM. Couade, Couder ; externes : M. Berthelin, Mlle Dagonet, MM. Held, Tronc, Mlle Périneau, MM. Chalinet, Aubertin.

11. Oto-rhino-laryngologie : M. Baldenweck ; 1er assistant du service : M. Lapiné ; 2e assistant du service : M. Soulas ; assistants suppléants du service : MM. Bory, Bouger ; assistant de consultation : M. Raimbault ; internes : MM. Tulou, N... ; externes : MM. Boulanger, Goldschmidt, Oléon, Delaborde, Hautefeuille.

12. Ophtalmologie. — Ophtalmologiste : M. Bourdier ; assistant titulaire du service : M. Dubois ; assistant suppléant du service : M. Bricage ; assistant de consultation : M. Hallot-Boyer, Mlle Valroff ; interne : M. Pichot (*E. P.*) ; externes : M. Bailliart, Mlle Regniault, M. Barbier.

13. Consultation de médecine. — Médecin : M. de Brun du Bois Noir ; assistant : M. Gaucher ; (*E. P.*) : M. Pichon ; externes : Mlle Morin-Gauthier, MM. Perrin, Treps.

Stomatologie. — Stomatologiste : M. Darcissac ; adjoint : M. Maleplate ; assistant : M. Valtat.

14. Consultation de chirurgie. — Chirurgien : M. Girode ; assistant : M. Gérard-Marchant ; externes : MM. Brisabois, Joussaume.

15. Electro-radiologie. — M. Guilbert ; interne : M. Delater (*E. P.*) ; externes : MM. Mariage, Cousin, Deniker, Lo Jacono.

I. — **Bichat.** — 1. Médecin : M. Rivet ; assistant : M. Faulong ; internes : Mlle Savaton (*E. P.*), M. Guéraud (*E. P.*) ; externes : MM. Pertusier, Pépin, Tola, Tesvrenis, Porte, Corganion-Carganoff, Dessus, Daubail.

2. Médecin : M. Paraf ; assistants : MM. Vibert, Guérin, Calamy, Pigeon ; internes : MM. Lallemand (*E. P.*) ; Loubry (*E. P.*) ; externes : MM. Giraud, Durufle, Gresland, Pillet, Breynaert, Margulès, Mlle Boutin, M. Peyron.

3. Médecin : M. Faroy ; assistant : M. Arnous ; internes : MM. Dubel, Combet ; externes : Mme Vassy, MM. Verdoux, Cornillot, Boutard, Gilles, Dubray-Vautrin, Nory, Challe.

4. Médecin : M. le Prof. Pasteur Vallery-Radot ; assistant : M. Domart; chefs de clinique : MM. Velti, Domart, Claisse ; chefs de laboratoire : MM. Mauric, Bousser, Wattez, Tabone ; internes : MM. Goury-Laffont, Laroche, Sevileano ; externes : MM. Monod-Broca, Paris, Brûlé, Lestocquois, Gauchy, Fournier, Genevray, Brion, Gravot.

5. Médecin : M. Gautier ; assistant : M. Eck ; internes : MM. Ferrand, Feffer ; externes : Mme Vittoz, MM. Dechy, Barret, Couinaud, Fleury, Teissandier, Duvillier, Barrigue de Montvallon.

6. Chirurgien : M. Charrier ; assistant : M. Chigot ; internes : MM. Loygue, Veyrières, Roy ; externes : Mlle Anglès ; MM. Ducrohet, Timal, Bouchard, Lau, Rachot, Fritel, George.

7. Chirurgien : M. Petit-Dutaillis ; assistant : M. Guénin ; internes : MM. Joué, Crépin, Prochiantz ; externes : MM. Pette, Cohen-Scali, Gatineau, Castaing, May, Tréboute, Clavel, Mlle Foulon (anesthésiste).

8. Chirurgien : M. Wilmoth ; assistant : M. Calvet ; internes : MM. Paley, Xambeu, Chatelin ; externes : Mlle Vautrinot, MM. Durieu, Gaufroy, Silvestre, Hovasse, Folgoas, Poinsard, Mme Ménard (anesthésiste).

9. Accoucheur : M. Desnoyers ; assistant : M. Thoyer-Rozat ; internes : Mlle Garnier (*E. P.*) ; M. Zadikian (*E. P.*) ; externes : MM. Baranger, Charroux, Girard, Le Forestier, Roy, Bour.

10. Oto-rhino-laryngologie. — M. Leroux ; assistant titulaire du service : M. Loiseau ; assistant suppléant du service : M. Chevalier ; assistant de consultation : Mlle Schauving ; interne : M. Rouget ; externes : MM. Petit, Bocquin, Vaquier, Cordier.

11. Ophtalmologie. — Ophtalmologiste : M. Prélat ; assistants titulaires du service : MM. Dumont, Sénéchal ; assistant de consultation : M. Dupuy-Dutemps ; interne : Mme Pujol ; externes : MM. Bursaux, Ribera, Gaultier, Fabre.

12. Consultation de médecine. — Médecin : M. Bousser ; assistant : Mlle Huguet ; interne : M. Rainaut (*E. P.*) ; externes : MM. Ozanne, Marchal, Bertier, Apkarian, Deroide, Duhamel, Mlle Leissen, M. Violette.

13. Consultation de chirurgie. — Chirurgien : M. Boudreau ; assistant : M. Walther ; externes : MM. Hacker, Godin, Mlle Lepoivre.

14. Stomatologie. — Stomatologiste : M. Fleury ; externe : M. Goutorbe.

15. **Policlinique Ney.** — Consultation de médecine infantile. — Médecin : M. Clément Launay ; assistant : M. Gabriel ; interne : M. Borniche ; externes : MM. Dioudonnat, Godin, Mlle Villedrouin.

16. Stomatologie. — Stomatologiste : M. Fleury ; stomatologiste adjoint : M. Mesnard ; assistant : M. Boschatel ; externes : M. Descourtis.

17. Laboratoire de bactériologie de secteur. — Médecin : M. Mauric.

18. Electro-radiologie. — M. Gérard ; assistant : M. Falcoz ; chef adjoint : M. Chenilleau ; externe : M. Lelièvre.

J. — **Broussais.** — 1. Médecin : M. le Prof. Donzelot ; chefs de clinique : MM. Nouaille, Chevallier, Guillemin ; assistant : M. Bardin ; chef de laboratoire : M. Heim de Balsac ; internes : MM. Perrier, Paraf ; externes : MM. Lemoine, Blanguernon, Mlle Paraf, MM. Emile-Zola, Villaumey, Baudoux, Poumailloux.

2. Médecin : M. Justin-Besançon ; assistant : M. Moutier ; chefs de clinique : MM. Inbona, Bellin, Blanchard, Cordet, Bolgert, Lecœur ; chefs de laboratoire : MM. Barbier, Brunet, Cachera, Mme Bouregois ; internes : MM. Scherrer, Courchet, Wolfromm ; externes : MM. Amondruz, Proche, Ghezzi, Leclercq, Bay, Darnis, Dunoyer, Raynaud.

3. Médecin : M. le Prof. Abrami ; assistant : M. Dugas ; internes : MM. Auquin, Roman ; externes : MM. Halmagrand, Cleisz, Mlle Dufour, MM. Hay, Crosnier, Baron, d'Oblonsky, Hennequet.

4. Service des tuberculeux. — M. le Prof. Abrami ; interne : M. Le Brigand ; externes : MM. Vallée, Deboos.

5. Médecin : M. Poumailloux ; assistant : M. Lestocquoy ; internes : MM. Galey (*E. P.*) ; Dessertenne (*E. P.*) ; externes : MM. Barcelo, Bouttier, Scalbert, Reymond, Brault, Milanolo, Mlle Schwab.

6. Médecin : M. Chevallier; assistant : M. Collin; internes : MM. Bilski-Pasquier, Lebovici ; externes : MM. Fauré, Le Bourg, Caine, Schweich, Denis, Beunaiche, Klein.

7. Chirurgien : M. Basset ; assistant : M. Coldefy ; internes : MM. Tixier, Lavarde, Woimant ; externes : MM. Jouvent, Mlle Casau, MM. Restellini, Caron, Piaux, Michard, Gillot.

8. Chirurgien : M. de Gaudart d'Allaines ; assistant : M. Patel ; internes : MM. Pointeau, Seyer, Ciaudo ; externes : MM. Bourel, Bachy, Juhel, Estève, Coquard, Brillard, Maroger.

9. Oto-rhino-laryngologiste : M. Aubin ; assist. du service : M. Clerc ; assist. suppléant du service : M. Flon ; assist. de consult. : M. Vernède ; interne : M. Joublin ; externes : MM. Chibout, Millet, Vernier.

10. Consultation de médecine. — Médecin : M. Justin-Besançon ; chef de consultation : M. Rubens-Duval ; assistant : M. Salmon ; interne : M. Simon ; externes : MM. Michaud, Dionnet, Hervé.

11. Consultation de chirurgie. — Chirurgien : M. Chevrier ; assistant : M. Pergola ; externes : MM. Pilven, Pilleron.

12. Stomatologie. — Stomatologiste : M. Crocquefer ; assistant : M. Merrat ; externe : M. Ribay.

13. Electro-radiologie. — M. Thoyer-Rozat ; externes : M. Moulin, Mlle Tancrède.

14. Centre d'hydro-climatologie. — M. Justin-Besançon ; assistant diététicien : Mme Bourgeois ; assistant : M. Fasquelle.

15. Attaché de radiologie du centre : M. Bellin.

K. — **Boucicaut.** — 1. Médecin : M. Bourgeois ; interne : M. Tournier ; externes : MM. Routier, Tanzy, d'Halluin, Mlle Leclerc.

2. Centre de triage. — Médecin : M. Bourgeois ; externes : MM. Bourgeois, Boulenger.

3. Médecin. — M. Tinel ; assistant : M. Parrot ; interne : M. Mignot ; externes : MM. Roujeau, Suquet, Poher, Mlle Chaussé, M. Paque.

4. Chirurgien : M. Guimbellot ; assistant : M. Seillé ; internes : MM. Kéruzoré, Jacquemin, Poulain ; externes : M. Goursolas, Mlle Castelli, MM. Eon, Jacquemart, Margo, Leboulanger, Morvant, Pisani.

5. Accoucheur : M. Ecalle ; assistant : M. Suzor ; internes : MM. Leddet (*E. P.*), Picard (*E. P.*) ; externes : MM. Crépin, Laham (E.), Laham (J.), Jourde.

6. Oto-rhino-laryngologie. — M. Moulonguet; assistant titulaire du service : M. Giraud ; assistant suppléant : N... ; assistant de consultation : M. Roulin ; interne : M. Aurenche ; externes : MM. Dezarnauld, Naudin, Clin, Mlle Muller, M. Clin.

7. Consultation de médecine. — Médecin : M. Rachet ; assistant : M. Busson ; interne : M. Cuvereaux ; externes : MM. Laurent, Maurin, Bosquet.

8. Consultation de chirurgie. — Chirurgien : M. Guimbellot ; interne : M. Desfosses ; externes : Mlle Touchon, MM. Sebaux, Miault.

9. Stomatologie. — Stomatologiste : Mme Papillon-Léage.

10. Electro-radiologie : M. Joly ; externes : MM. Caron, Casati.

11. Laboratoire de bactérilogie de secteur. — M. Moussou.

L. — **Vaugirard.** — 1. Chirurgien : M. Sénèque ; attaché médical : M. Beaugeard ; assistants : MM. Iluard, Roux ; internes : MM. Michon, Rognon, Fénelon ; externes : MM. Piton, Nicol, Pernelle, Dautry, Mlle Olivier, MM. Cotlenko, Chemery, Andréani, Burckel, Le Goff, Bonnenfant, Floglierini.

2. Consultation de stomatologie : M. Hénault.

3. Electro-radiologie : M. Gally.

4. Consultation d'oto-rhino-laryngologie : M. Miégeville.

5. Consultation d'ophtalmologie : M. Dubar.

M. — **Ambroise-Paré-Boileau.** — 1. Médecin : M. Monier-Vinard ; assistant : M. Brunel ; internes : Mlle Cousin, N... ; externes : MM. Eltrich, Vaysse, Fontaine, Lestrade, Tchekoff.

2. Médecin : M. Péron ; assistant : Mlle Barnaud ; internes : M. Galmiche ; externes : MM. Méhaut, Blanc, Chavigny, Carage, Pelbois.

3. Médecin : M. Julien Marie ; assistant : M. Seringe ; interne : M. Umdenstock ; externes : MM. Chambraud, Duméry, Mariette, Hartmann, Mlle Bricard, MM. Laroza, Coupe.

4. Chirurgien : M. Sauvé ; assistant : M. Brétégnier ; internes : MM. Lanvin, Ramadier ; externes : MM. Préau, Aubertin, Chedorge, Mlle Dioudonnat, MM. Guyot, Heitz.

5. Consultation de médecine. — Médecin : Mlle Blanchier ; interne : M. Denis (*E. P.*) ; externes : MM. Buriat, Auzoux.

6. Consultation de chirurgie. — Chirurgien : M. Sauvé ; externes : MM. Martinet, Malherbe, Calendrier.

7. Consultation d'oto-rhino-laryngologie. — M. Aubry ; assistant de consultation : M. Bernardini ; assistant adjoint : M. Deflinne.
8. Consultation d'ophtalmologie. — Ophtalmologiste : M. Desvignes ; assistant de consultation : M. Bricage.

N. — **Saint-Louis.** — 1. Médecin : M. le Prof. Gougerot ; chefs de clinique : MM. Delzant, Bouvier, Thorel ; chefs de laboratoire : MM. Desgrez, Duché, Duperrat, Peyle, Grollet, Marceron ; M. Dechaume (moniteur) ; internes : M. Courjaret ; Mme Robbes ; externes : MM. Leroy, Daguin, Roisin, Mabille, Mlle Duchamp, Mme Plas, MM. Decroix, Besson.
2. Médecin : M. Sézary ; internes : MM. Le Sourd, Langevin ; externes : MM. Talleux, Bureau, Mlle Rabut, MM. Granier, K'brat, Mme Lebourg, M. Rey, Mlle Laprade.
3. Médecin : M. Duvoir ; assistant : M. Poumeau-Delille ; internes : MM. Choubrac, Bouygues ; externes : MM. Harel, Robineaux, Martin, Grimault, Joannès.
4. Médecin. — M. Touraine ; interne : MM. François, Hadengue ; externes : MM. Derville, Richard, Chevallier, Gandar, Mennerat, Labat, Heber-Suffren, Berthaux, Mlle Delplace.
5. Médecin : M. Weissenbach ; internes : MM. Girault, Demassieux ; externes : MM. Meunier, Siméon, Mlle Foucque, MM. Dumas, Diacono, Choffel, Monnerot, Bleibtreu, Manny, Matet.
6. Médecin : M. Flandin ; internes : MM. Chapuis, Bœswillwald, Guy (*E. P.*) ; externes : MM. Millot, Gobert, Roussillon, Muler, Baillet, Vézard, Cardon, Sénéchal, Mlle Brunet, M. Pertuiset.
7. Médecin : M. Degos ; internes : MM. Courtenay-Mayers, Pergola ; externes : MM. Baland, Fouquet, Neel, Levêque, Branthomme, Coullaud, Tuffier, Bellot.
8. Transfusion : M. Degos ; externes : Mme Baumgart, MM. Baumgart, Curioni.
9. Chirurgien : M. Desplas ; assistants : MM. Chevallier, Neyraud, internes : MM. Toslivint, Bolo, Lelièvre ; externes : Mlle Renard, MM. Lernoul, Régent, Revil, Pegnet, Ruaud, Vallée, Detrie, Moraillon.
10. Chirurgien : M. Bazy ; assistants : MM. Blondin, Lortat-Jacob ; internes : MM. Maignan, René, Bauchart ; externes : Mme Langerfeld (anesthésiste), MM. Herlemont, Chapuis, Viveret, Weckerlé, Harel, Grivaux, Dandelot, Rivron, Luizy.
11. Chirurgien : M. Raoul Monod ; assistant : M. Vuillième ; internes : MM. Gougerot, Petit, Butet ; externes : MM. Beaugrand, Villain, Archambault, Martinetti, Mlle Fauvarque, MM. Péan, Tuloup, Leray, Chevalley.
12. Chirurgien : M. Michon ; assistant : M. Delinotte ; 1er assistant de consultation : M. Bac ; 2e assistant de consultation : M. Durand ; internes : MM. Pruvot, Léandri ; externes : MM. Bracq, Beugnon, Roche.
13. Consultation de chirurgie. — Chirurgien : M. Michon ; externes : MM. Chapuis, Bernard, Serra, Lecointre, Malvy, Martin, Gohebel.
14. Accoucheur : MM. Ravina ; assistant : M. P. Devraigne ; internes : MM. Le Lorier, Torre ; externes : M. Combet, Mme Hartmann, MM. Gougaud, Thullier, Mme Nicolaïdès, M. Guillemart.
15. Oto-rhino-laryngologie. — M. Bouchet ; assistant titulaire du service : M. Debain ; assistant adjoint du service : M. Le Pavec ; 1er assistant de consultation : M. Fouquet ; 2e assistant de consultation : M. Pigache ; interne : M. Huber ; externes : MM. Merian, Delmas, Harlez, Planchon, Arondel.
16. Ophtalmologie. — Ophtalmologiste : M. Parfonry ; assistant titulaire du service : M. Desprès ; assistant de consultation : Mlle Thévenot ; interne : M. Polliot ; externes : Mlle Le Goff, MM. Chautrenne, Saulay, Aubert, Lyonnet.
17. Consultation de médecine. — Médecin : M. Lereboullet ; assistant : M. Prieur ; externe en premier : M. Spriet ; externes : MM. Chaïa, Foucquier, Duvernois, Mlle Bosc, MM. von Essen, Faucheur, Maribas.
18. Consultation de chirurgie. — Chirurgien : M. Picot ; assistant : M. Baudelot ; externes : MM. Guérin, Brunet, Lacau, Saint-Guily.
19. Stomatologie. — Stomatologiste : M. Richard ; stomatologiste adjoint : M. Cernéa ; assistant : M. Malingre ; externes : MM. Grignon, Frédou.
20. Electro-radiologie : M. Cottenot ; interne : M. Toulouse ; externes : MM. Sauvegrain, Pommier de Santi, Fandre, Denis.
21. Annexe Grancher. — Médecin : M. Stevenin; assistants : M. Brisset, Mlle Feder; internes : MM. Lafourcade (*E. P.*), Blonde (*E. P.*); externes : MM. Contencin, Mlle Bouvot, MM. Lequin, Deniziaud, Delouche, Minier, Ferbos, Sevin.
22. Chirurgien : M. Fèvre ; assistants : MM. Barcat, Arviset; internes : MM. Tran Van Hoa, Gauthey, Perrotin ; externes : Mlle Jacotot (anesthésiste), Mlles Doucin, Delayre, Touraut, Ranson, MM. Périat, Vilain.

O. — **Broca.** — 1. Chirurgien : M. le Prof. Mocquot ; chefs de laboratoire : MM. Palmer, Moricard, Mlle Gothie ; assistant : M. Cordier ; chef de clinique : MM. Guénon des Mesnards ; internes : MM. Poussier, Salinési, Boreau ; externes : Mlle Gerster, MM. Mallet, Brun, Bourdy, Mlle Chevallier, M. Gourdin.
2. Chroniques de chirurgie : M. le Prof. Mocquot ; internes : M. Lallemand (E. P.) ; externes : MM. Vallet, Drain, Tarnat, Dewé.
3. Consultation de dermato-vénérologie. — Médecin : M. Derot ; interne : Mlle Monghal ; externes : Mlle Bourgeois, M. Caux, Mlle Rozanès, MM. Baudet, Bonniot de Ruisselet, Thyss, Queinnec.
4. Electro-radiologie. — M. Beau ; externes : M. Guéry, N...

P. — **Maternité.** — 1. Accoucheur : M. Lacomme; chefs de clinique : M. Jamain, Mme Siguier ; assistant adjoint : M. Héraux ; assistant adjoint médical : M. Plichet; chef de laboratoire : M. Bagros; internes : MM. Guimezanes, Weyl ; externes : MM. Poujol, Renault, Vigoureux.

Q. — **Baudelocque.** — 1. Accoucheur : M. le Prof. Couvelaire ; chefs de clinique : MM. Bret, Rousset ; assistant : M. Lepage ; chefs de laboratoire : M. Albot, Mme Debain ; internes : MM. Baudon, Schneider ; externes : MM. Gautier, Pimpaneau, Nugues, Lemerre, Vincens, Lebas, Lion.

R. — **Tarnier.** — 1. Accoucheur : M. le Prof. Portes ; chefs de clinique : MM. Robey, Livory, Neveu ; assistant : M. Varangot ; internes : MM. Granjon, Liénard ; externes : Mlles Bauzin, Delmas, Aboulenc, Regnault, MM. Beccat, Marchand, Dumée, Vassy.

S. — **Claude-Bernard.** — 1. Médecin : M. le Prof. Lemierre ; assistant : M. Laporte ; chefs de clinique : Mlle Lotte, MM. Morin, Jacquot, Lepintre ; chef de laboratoire : M. Reilly ; internes : MM. Berthet, Tricot, Verriez, Fortin ; externes : M. Desjours, Mlle Adam, MM. Catta, Gaignoux, Mlle Breton-Robert, MM. Balmary, Colliard, Richard, Huc, Decerizy, Mlle Kernevez, MM. Delahousse, Chailloux, Mlle David.
2. Médecin : M. Célice ; assistant : M. Gournay ; internes : MM. Chartain, Chadoutaud ; externes : MM. Fallot, Herry, Lenormant, Mlle Auquier, MM. Rousselet, Teinturier, Cornet, Etienne.
3. Consultation d'oto-rhino-laryngologie. — M. Leroux-Robert ; interne : M. Poncet; externes : MM. Daunay, Faivre.

T. — **Trousseau.** — 1. Médecin : M. le Prof. Cathala ; chefs de clinique : MM. Grenet, Cler, Gras, Mlle Provendier ; assistant : M. Auzépy ; chef de laboratoire : M. Vaille ; interne : M. Castaigne ; externes : Mlles Fontaine, Lecour, Bory, Dupeyron, MM. de Gaudart d'Allaines, Ramon, Crucioni, Lannes, Wissa-Wassef.
2. Diphtérie. — Médecin : M. Cathala ; interne : M. Tiret.
3. Médecin : M. Marquézy ; assistant : Mlle Ladet ; interne : M. Brault; externes : MM. Ricordeau, Bonnette, Mas, Mlles Bornet, Bougel, MM. Bourgin, Pley, Wassif.
4. Contagieux. — Médecin : M. Marquézy ; interne : M. Deslandes.
5. Chirurgien : M. Sorrel ; assistants : M. Boisseau, Mme Sorrel-Dejerine ; interne : MM. Thierry, Raymond, Garrigues ; externes : Mlle Issartę, MM. Tomatis, Ducret, Pebrier, Civatte, Nivault, Ramade, Briant, Bonnet.
6. Oto-rhino-laryngologie. — M. Rouget ; assistant titulaire du service : M. Lemariey ; 1er assistant de consultation : M. Sergent ; assistant adjoint de consultation : M. Lemoine ; 2e assistant de consultation : M. Maillard ; assistant de labiologie : Mme Sergent ; interne : M. Cachin ; externes : MM. Schatz, Perrimond, Mlle Trocmé, MM. Ripart, Champagne.
7. Consultation de Médecine. — Médecin : M. Laplane ; assistant : M. Bréhier ; internes : MM. Tétreau, Hartmann (*E. P.*) ; externes : Mlles Bricard, Chenard, MM. Aladenise, Cordier, Mlle Daveau.
8. Ophtalmologie. — Ophtalmologiste : M. Dollfus ; assistant de consultation : Mme Pérol ; externes : Mlles Villey-Desmeserets, Grall.
9. Stomatologie. — Stomatologiste : M. Lebourg ; stomatologiste adjoint : M. Lambert ; assistant : M. Parant ; externe : M. Fourment.
10. Laboratoire de bactériologie de secteur : M. Duchon.

U. — **Bretonneau.** — 1. Médecin : M. Janet ; assistant : Mme Odier-Dollfus ; internes : MM. Barré, Bergeron ; externes : Mlle Retail, MM. Herbert, Gurly, Mlle Mignot, MM. Vigan, Sibertin-Blanc, Mme Backe.
2. Médecin : M. Fouquet ; assistant : Mme Teyssier ; interne : M. Ristelhueber ; externes : MM. Duvillé, Duvelleroy, Ponson, Hamel, Malvezin, Jacob.
3. Chirurgien : M. Boppe ; assistant : M. Garnier ; assistant de consultation : M. Sabourin ; internes : MM. Campagne, Legrand, Legendre, Carillo-Maurtua ; externes : MM. Lechevrel, Trouillard, Pironneau, May, Mlles Perrin, Pinard, MM. Julia, Foucaud, Richer.
4. Accoucheur : M. Lantuéjoul ; assistant : M. Couinaud ; internes : MM. Woimant, Hiverlet ; externes : M. Chanderlot, Mme Brennan, Mlle Desoutter, MM. Legendre, Smagghe, Oteifa.
5. Consultation de médecine. — Médecin : M. Grenet ; interne : M. Durand ; externes : MM. Pépin, Séjournet, Mme Dugué ; MM. Roger, Riméri.
6. Oto-rhino-laryngologie. — M. Lallemant ; 1er assistant de consultation : M. Boëlle ; 2e assistant de consultation : M. Daudier ; externes : MM. Barbier, Jacquemin, Drouillard, Collin.
7. Electro-radiologie : M. Piot ; externes : MM. Harlé, Michelin.
8. Stomatologie. — Stomatologiste : M. Izard.

V. — **Hérold.** — 1. Médecin : M. Clément ; assistant : M. Combes-Hamelle ; internes : Mlle Schweisguth, M. Callerot ; externes : MM. Lafleur, Meng, Voyeux, Fruchard, Ségalen, Strauss, Jacquemart, Barré.
2. Médecin : M. Turpin ; assistante : Mlle Tisserand ; internes : MM. Piguet, Bourlière ; externes : MM. Meunier, Autin, Mlles Chancel, Laëmmer, MM. Oury, Duché, Mme Brillard.
3. Consultation de Médecine. — Médecin : M. Julien Marie ; assistant : M. Mallet ; externes : MM. Mallèvre, Baron, Mlle Girardier, MM. Rebertеau, Prévost.
4. Oto-rhino-laryngologie. — M. Bourgeois ; assistant de consultation : M. Franck ; externes : MM. Blanchet, Baudoin, Mlle Belleville.
5. Electro-radiologie. — M. Ordioni.
6. Consultation d'ophtalmologie : M. Offret ; externes : MM. Hardy, Bliard.

W. — **Maison de santé.** — 1. Médecin : Mme Bertrand-Fontaine ; assistant : M. Fauvert ; internes : MM. Renaud, Louveau ; externes : MM. Bertagna, Laurent, Martin, Flament, Morin, Mlle de Wodzinska.
2. Chirurgien : M. Soupault ; assistant : M. Bénassy ; internes : MM. Estève, Kroff ; externes : Mlle Brouillet (anesthésiste), MM. Mireur, Lambert, Canel, Tinel, Mlle Crochu.
3. Consultation de médecine. — Médecin : Mme Bertrand-Fontaine ; Mlle Saulnier (*E. P.*) ; externes : MM. Descrozailles, Palfer-Sollier, Levêque.

4. Consultation de chirurgie. — Chirurgien : M. Soupault ; externes : MM. Fraisseix, Fockeu, Cavigneaux.
5. Electro-radiologie. — M. Marchand ; externe : M. Dubois.

X. — Saint-Vincent-de-Paul. — 1. Médecin : M. Lelong ; 1er assistant : M. Rossier ; 2e assistant : M. Charousset ; assistant de consultation : M. Joseph ; internes : MM. Lange, Soulier, Alison, Le Tan Vinh ; externes : M. Thierrat, Mlle Renaudin, MM. Neumann, Fiessinger, Mlle Thernot, MM. Morinière, Rousset, Abbas.
2. Chirurgien : M. Petit ; assistant : M. Leuret ; internes : MM. Jouve, Flabeau ; externes : MM. Saloff, Dapoigny, Frézal, Mlle Desbordes, M. Claoué.
3. Accoucheur : M. Vignes ; assistant : M. Landrieu ; internes : MM. Monié, Canivet (*E. P.*) ; externes : Mlle Ramon, Mme Monod, Mlle Georges, M. Chavarot.
Stomatologie. — Stomatologiste : M. Dechaume ; adjoint : M. Béal ; assistant : M. Gere ; externes : MM. Trousset, Guénon.
4. Electro-radiologie. — M. Aimé ; externe : Mme Courtois.

Y. — Bicêtre. — 1. Médecin : M. Moreau ; assistant : M. Debray ; internes : MM. Albahary, Gerbaux, Rosey ; externes : MM. Chéron, Génot, Avril, Moulonguet, Petit, Ciampi, Houdard, Vaujour, Cotoni, Sevegrand, Wapler, Sainrapt.
2. Médecin : M. Alajouanine ; assistant : M. Thurel ; assistant des épileptiques : Mme Pecher ; internes : MM. Richet, Coury ; externes : MM. Lavat, Lhermitte, Heuyer, Mlle Brunel, M. Gayno, Mme Duhamel née Moussié.
(Service des chroniques). — M. Alajouanine ; externes : MM. Poulain, Pouchol.
3. Médecin : M. Boudin ; internes : M. Maigne (*E. P.*) ; externes : MM. Casaurang, Girault, Tétu, Mlle Guillermou, Castano, Herman, Jeanbourquin, Roux, Mlle Babey.
4. Chirurgien : M. Toupet ; assistant : M. Mouchet ; assistant de consultation : M. Orsoni ; internes : MM. Lenoël, Jardel, Poissonnet, Toupet; externes : MM. Levêque, Fleury, Cordier, Lemercier, Quénu, Bernier, Niquet, Perret, Lecasble.
5. Service temporaire de chirurgie. — Chirurgien : M. Toupet ; externes : MM. Marguerite, Schaab.
6. Service d'aliénés. — Médecin : M. Delay ; assistant : M. Durand ; interne : M. Durupt.
7. Consultation de médecine. — Médecin : M. Moreau ; interne : M. Nehlil ; externes : Mme Pesle, M. Violet.
8. Ophtalmologie. — Ophtalmologiste : M. Hudelo ; assistant : M. Maussion.
9. Stomatologie. — Stomatologiste : M. Houzeau.
10. Oto-rhino-laryngologie. — M. Bourdial ; assistant de consultation : M. Lefèvre.
11. Electro-radiologie. — M. Truchot ; externes : MM. Pesle, Lecoin.
12. Service de désencombrement. — M. Moreau ; externes : MM. Chavelet, Bourguignon, Mlle Muraccioli, MM. Picard, Roquelaure.

Z. — Salpêtrière. — 1. Médecin : M. le Prof. Guillain ; chefs de clinique : MM. Grossiord, Rogé, Rouzaud, Droguet ; chefs de laboratoire : MM. Bertrand, Lereboullet, Mathieu, Fallot ; assistant : M. Mollaret ; internes : MM. Le Bozec, Sicard, Chateau ; externes : M. Barbuzet, Mlles Rodrigues, Langevin, Mme Jourde, MM. Gougeon, Bertheaume, Dubois, Lecas.
2. Médecin : M. Levesque ; assistant : M. Perrot ; internes : MM. Verliac, Bourdin ; externes : Mlle Bricard, MM. Caron, Mesnier, Flavigny, Sichère.
3. Médecin : M. Faure-Beaulieu ; assistante : Mme Popp-Vogt ; internes : MM. Chevrolle (*E. P.*), Cazes (*E. P.*) ; externes : Mlle Aubriet, MM. Desvignes, Vallin, Potier, Hillion.
4. Médecin : M. Hagueneau ; assistant : M. Blanchard ; internes : MM. Bach, Roger ; externes : MM. Tournebeuf, Gabail, Lajoux, Denis.
5. Médecin : M. Lemaire ; assistant : M. Ledoux-Lebard ; internes : MM. Paley, Poulet (*E. P.*) ; externes : MM. Natali, Poncet, Lestradet, Gadrat, Remond, Pillot, Mlle Santelli, M. Moulonguet.
6. Médecin : M. Mollaret ; internes : MM. Basset Bastin ; externes : MM. Voisin, Azaïz, Lacronique.
7. Chirurgien : M. le Prof. Mondor ; chefs de clinique : MM. Olivier, Léger, Champeau, Nardi, Debeyre, Martinet; assistant médical : M. Ribadeau-Dumas ; assistant : MM. Sicard, Welti ; assistant de neuro-chirurgie : M. Guillaume ; assistant de consultation : M. Léger ; chefs de laboratoire : Mme François, Mlle Gauthier-Villars ; internes : MM. Leroy, Kuss, Lolmède ; externes : MM. Goulon, Wallut, Mme d'Hespel, MM. Sapin, Uro, Charles, Mlle Claessen, MM. Thuau, Deschênes, Mlle Sedillot, MM. Picard, Binet, Dufourmentel, Grégoire.
8. Médecin : M. Michaux ; assistant : M. Gallot ; internes : Mlle Granier.
9. Centre des tumeurs. — M. le Prof. Mondor ; interne : M. Boudot.
10. Clinique chirurgicale. — M. le Prof. Mondor ; interne : M. Joinville ; externes : Mlles Herman, Mathieu, M. Beau.
11. Stomatologie. — Stomatologiste : M. Lacaisse ; stomatologiste adjoint : M. Bornet ; stomatologiste assistant : M. Bertrand.
12. Electr-radiologie. — M. Ledoux-Lebard ; chef adjoint : M. Humbert ; assistant : M. Duchamp ; interne : M. Lacourbe (*E. P.*) ; externes : Mlles Bernard, Reynier.
13. Service de chroniques de chirurgie. — Interne : M. Wetterwald ; externes : Mlle Barbié, MM. Janny, Bardon.
14. Service de désencombrement. — Médecin : M. Mollaret ; externes : MM. Caillol, Hueber, Mme Lacronique, MM. Vanhaecke, Passelecq.

AA. — Ivry. — 1. Médecin : M. Perrault ; internes : M. Léger (*E. P.*) ; Mlle Bourgeois (*E. P.*) ; externes : MM. Goddé, Marquand, Prévost, Housset.
2. Chroniques et admissions. — Médecin : M. Perrault ; externes : MM. Isselin, Redor.
3. Chirurgien : M. Ameline ; assistant : M. Gibert ; internes : MM. Pujol, Caplier ; externes : MM. Sanson, Goutet, Chatain, Laurent.
4. Service temporaire de chroniques chirurgicaux. — M. Ameline ; externe : M. Bernard.
5. Service de désencombrement. — M. Perrault ; externes en premier : MM. Sors, Guinard ; externes : MM. Mordret, Mlle Lautier, MM. Emery, Breuillard.
6. Electro-radiologie. — M. Busy.
7. Stomatologie. — Stomatologiste : Mlle Fruton.
8. Oto-rhino-laryngologie (réservé aux malades hospitalisés).
9. Service des rougeoleux. — M. J. Bernard ; interne : M. Habas (*E. P.*) ; externes : MM. Fieux, Roux, Sourdat, Denis.

AB. — Les Ménages. — 1. Médecin : M. Brodin ; assistant : M. Aubin ; interne : M. Dubois ; externes : MM. Le Bouteiller, Ferry, Foucher, Romieux, Mlle Gilbert.
2. Chirurgien : M. Gatellier ; assistant : M. Billet ; assistant de consultation : M. Chastang ; internes : MM. Monod, Hébert, Mattei ; externes : MM. Camous, Nigoux, Masse, Lenormand, Chamaillard, Lassablière, Monlibert, Levé.
3. Service de désencombrement. — M. Brodin ; interne : M. Rathery (*E. P.*) ; externes : MM. Joly, Batisse, Rougeulle.
4. Electro-radiologie : M. Piou.
5. Radioscopie : M. Desgrez.
6. Consultation d'ophtalmologie. — M. Voisin.
7. Consultation d'oto-rhino-laryngologie. — M. Rémy-Néris.
Consultation de stomatologie : Mme Bornet.

AC. — La Rochefoucauld. — 1. Médecin : M. Kudelski ; externe résident : M. Doutriaux.

AD. — Sainte-Périne. — 1. Médecin : M. Cachera ; interne : M. Benoit (*E. P.*).

AD *bis*. — Chardon-Lagache. — 1. M. Cachera ; interne : M. Fourdinier (*E. P.*).

AD *ter*. — Debrousse. — 1. Médecin : M. Facquet ; interne : M. Poirier (*E. P.*).

AE. — Marmottan. — 1. Chirurgien : M. Banzet ; chirurgiens adjoints : MM. Adam, Pierre Lance ; internes : MM. Braillon, Morer, Denisart ; externes : MM. Bensoussan, Bousquet, Vernes.
2. Electro-radiologie. — M. Dupouy.

AF. — Garches (hôpital Raymond-Poincaré). — 1. Médecin : M. Rouquès ; assistant : M. Pautrat ; internes : MM. Chevillotte (*E. P.*), Canlorbe (*E. P.*), Mlle Larmoyez (*E. P.*), Hans (*E. P.*).

2. Médecin : M. Kourilsky ; assistant : M. Regaud ; interne : MM. Aurousseau (*E. P.*), Carreau (*E. P.*), Bertrand, Courtin.

3. Chirurgien : M. Richard ; attaché d'orthopédie : M. Giret ; assistant : M. Allard ; chef de laboratoire : Mme Kourilsky ; internes : Devimeux, Queneau, Chapelet ; externes résidents : MM. Le Tourneau, Magne, Bardiaux, Bibaut, Ravous, Dazelle, Doinet.

4. Consultation d'ophtalmologie. — Ophtalmologiste : M. Voisin.

5. Consultation d'oto-rhino-laryngologie. — M. Remy-Néris.

6. Electro-radiologie. — M. Dubost.

7. Consultation de stomatologie. — M. Parent.

AG. — Sainte-Anne. — 1. Médecin : M. Delay ; chefs de clinique : MM. Deshaies, Fouquet ; chefs de laboratoire : MM. Cuel, Targowla, Parrot, Soulayrac ; externes : MM. Luquet, Dollfus, Malinas, Dhermy, Hardouin, Romanet.

AH. — Antoine-Chantin. — 1. Chirurgien : M. Oberlin ; assistant : M. Rouvillois ; internes : MM. Darris, Jomier, Rometti ; externes : M. Rudelle, Mme Labesse, MM. Vernant, Culioli, Louchard.

2. Electro-radiologie. — M. Méry.

AI. — Piccini. — 1. Médecin : M. de Gennes; assis. : M. Mahoudeau, internes : MM. Bricaire, Sénécal ; externes : MM. Marty, Mathieu de Fossey, Farcot, Thierry-Mieg, Tardieu, Mme Basset, MM. Etienne, Touchard, Cayla.

2. Oto-rhino-laryngologie. — M. le Prof. Lemaître ; assistant titulaire du service : M. Gaston ; assistant suppléant du service : M. Moulin ; assistant de consultation : M. Chaillouet ; chef de clinique : M. Torre ; chefs de laboratoire : MM. Ardouin Laval, Moulin (moniteur) ; internes : MM. Reynaud, Bouche ; externes : MM. Guéguen, Chevance, Dionis du Séjour, François, Nenfi, Sourdille, Arnaud, Delmas.

3. Electro-radiologie. — M. Surmont.

AJ. — Cité Universitaire (Fondation Deutsch de la Meurthe). — 1. Médecin : M. Benoist ; assistant : M. Raynaud ; internes : MM. Nebout (*E. P.*), Sarrazin (*E. P.*) ; externes : MM. Louin, Cirilli, Friedel, Mme Bornette, MM. Nedey, Peumery, Surugue, Mlle Peureux.

2. Médecin : M. Soulié ; assistant : M. Bouvrain ; interne : MM. Pestel, Ruel ; externes : MM. Seguinot, Muffang, Mlle Schnabel, MM. Feliciano, Malègue, Mlle Vaultrin, MM. Nogrette, Bruel, Ferrand, Oeconomos.

3. Médecin : M. de Sèze ; assistant : M. Ordonneau ; externes : MM. Simoni, Guilhem, Haye, Hurel, Gueguen, Grauer.

4. Médecin : M. Lenègre ; assistant : M. Mathivat ; internes : MM. Marche, Maurice ; externes : Mme Le Balc'h, MM. Buge, Brochen, Michon, Christol, Delalande, Gatelman, Vandooren, Pigeon, Mognetti, Rongier, Balzanoff.

5. Médecin : M. Merklen ; assistant : M. Sallet ; interne : M. Forest ; externes : MM. Wisner, Bonnet, Mlle Cercus, MM. Renard, Delbarre, Coupaye, Bodin, Mlle Costescu.

6. Service central de radiologie. — Externe : M. Faure.

7. Consultation d'oto-rhino-laryngologie. — M. Mathieu.

8. Stomatologie. — Stomatologiste : M. Marie ; assistants : Mlle Fruton, M. Hoffmann.

AK. — Brévannes. — 1. Médecin : M. Renaud ; assistants : Mme Lesueur, MM. Cœuillez, Casalta, Berger ; internes : MM. Hervan (*ext. f. fonct.*), Pauleau (*ext. f. fonct.*), Seibel (*ext. f. fonct.*).

2. Médecin : M. Chauveau ; assistants : MM. Thiel, Loireau, Lerond, Poidevin, Barrier, Mme Boquet ; assistant de chirurgie : M. Delahaye ; internes : MM. Gaulard (*E. P.*), Le Naour (*ext. f. fonct.*), Mlle Fossier (*ext. f. fonct.*), MM. Grasbois (*ext. f. fonct.*), Galland (*ext. f. fonct.*), Raulin (*ext. f. fonct.*), Guez (*ext. f. fonct.*), Delatre (*ext. f. fonct.*), Gaulard (*ext. f. fonct.*), M. Gouinguenet (*ext f. fonct.*).

3. Oto-rhino-laryngologie : M. Granet.

AL. — Neuilly. — 1. Chirurgien : M. Braine ; internes : MM. Hermann, Lacroix ; externes : MM. Girard, Bedouelle, Verlet, Roussel.
Electro-radiologie. — M. Foubert.

AM. — Sanatorium Joffre à Champrosay. — 1. Médecin chef : M. Nouvion ; assistants : M. Chovelon, Mlle Dehennot, M. Reveillaud, Mme Masson.

2. Oto-rhino-laryngoloie. — M. Granet.

3. Stomatologie. — Stomatologiste : M. Varigot.

— Villemin. — 1. Médecin chef : M. Braillon ; assistant : Mme Crouzatier, MM. Crouzatier, Ronce.

— Sanatorium Paul-Doumer. — 1. Médecin chef : M. Fourès ; assistants : MM. Durel, Pellier, Andrieu.

— Sanatorium Georges-Clemenceau. — Médecin chef : M. Brandy ; assistants : MM. Baussan, Fabre, Le Moniet, Tatout.

— San Salvadour. — Médecin chef : M. Fohanno ; médecin adjoint : Mme Benoit.

— Debrousse. — M. Faquet.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

SÉANCE DU 11 MAI 1943

Médicaments abortifs ou réputés abortifs. — MM. BALTHAZARD et SUREAU avaient établi, dans une précédente séance (20 avril 1943), la liste des instruments anticonceptionnels dont la fabrication et la vente doit être interdite. Ils apportent aujourd'hui un travail sur les médicaments abortifs ou réputés tels dont il convient de réglementer la vente.

Lunettes à foyers multiples pour presbytes. — M. Louis LAPICQUE présente un appareil de travail dû à M. MALTRAIS, ingénieur A. et M. Cet appareil est constitué par trois lunettes basculantes articulées sur des pivots à friction fixés sur un casque réglable. Les numéros des verres sont 1, 2 et 4. Par combinaison on a donc 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 et zéro (le tout relevé), soit huit distances focales. D'un simple coup de doigt on peut mettre en position la ou les lunettes désirées. L'appareil dénommé *Multifoc* permet au chirurgien ou au chercheur presbyte de travailler sans fatigue dans les meilleures conditions visuelles.

Endotoxines bactériennes, phagocytose ou infestions. Sur certains aspects nouveaux du conflit mettant aux prises les bactéries pathogènes et l'organisme. — MM. A. BOIVIN et A. DELAUNAY. — Les endotoxines des microbes (toxines glucido-lipidiques s'identifiant aux antigènes somatiques O des germes) exercent une action empêchante sur l'afflux des leucocytes dans les tissus où des bactéries pathogènes ont trouvé accès. Par là même, elles favorisent le déroulement des processus infectieux et jouent ainsi le rôle d'« agressines ». Sous leur effet, une dose de bactéries vivantes bien supportée par le témoin peut se montrer mortelle pour le sujet intoxiqué, ou encore une infection jusque-là silencieuse est capable de se transformer en infection à marche progressive conduisant à une issue fatale. L'anticorps correspondant (anticorps O) exerce un pouvoir anti-infectieux non seulement en neutralisant l'action nocive de la toxine, y compris son action inhibitrice sur le tactisme leucocytaire, mais encore en sensibilisant spécifiquement les corps bactériens à la phagocytose.

La spécificité de la bronchite mélitococcique. Présence de Brucella méliteuses dans l'expectoration. — MM. JANBON, M. LISBONNE et G. ROMAN apportent plusieurs observations de brucellose à forme bronchique qui mettent en évidence la virulence spécifique possible de l'expectoration de certaines formes de brucellose. Les auteurs étayent ainsi la légitimité de la bronchite mélitococcique prévue par la clinique.

Protéines de lacto-sérum : valeur diététique et qualité hygiénique. — MM. GUITONNEAU et THIEULIN.

CHRONIQUE

A propos des restrictions alimentaires

Les dangers, souvent graves, des restrictions alimentaires en ce qui concerne le régime des malades, le maintien en bonne santé des adultes et surtout des enfants, sont indiscutables ; ils ont été, depuis deux ans, longuement étudiés à l'Académie de Médecine, dans les Sociétés savantes de Paris et de province. Le sujet est malheureusement loin d'être épuisé.

Par contre, les effets favorables que peuvent avoir parfois les restrictions alimentaires ont été beaucoup moins mis en évidence. On a bien signalé que les obèses, les digestifs et les petits hypertendus voient leur état s'améliorer à la suite de l'amaigrissement provoqué par la sous-alimentation (1). Il conviendrait peut-être de s'expliquer à ce sujet.

Il y eut toujours des époques où l'on mangeait trop, d'autres où l'on ne mangeait pas assez, ou même pendant lesquelles on mourait de faim. L'histoire alimentaire de la France serait fort instructive, car elle expliquerait parfois de très grands événements. Louis XVI fut gros mangeur et le resta jusque dans la tour du Temple ; sa lamentable inertie lors des premières journées révolutionnaires tient peut-être à l'obésité. Napoléon, mari d'une archiduchesse autrichienne, n'est plus Bonaparte, l'amant passionné de Joséphine, le général maigrichon des campagnes d'Italie. Bonaparte avait été famélique ; Napoléon était alourdi.

Avant 1939, beaucoup de Français pouvaient avoir une table suffisamment pourvue, avec de la viande (un des trois aliments meurtriers, d'après Carton) ou du poisson aux principaux repas, mais avec une consommation excessive de pain. Les occasions étaient fréquentes de grands repas favorisant les écarts de régime.

Donc, souvent on mangeait trop et aussi on mangeait mal, du point de vue de la chimie biologique qui demande un heureux équilibre de protides, lipides et glucides, avec quelques substances minérales et les vitamines.

Actuellement, il est encore des gens qui usent du marché noir.

Mais les Français moyens des grandes villes font carême à peu près toute l'année. Certains d'entre eux, les retraités, les personnes âgées de condition modeste ne peuvent se procurer qu'une nourriture très insuffisante. Les habitants de la campagne, plus favorisés, se tirent d'affaire avec leur basse-cour et leur jardin ; les vitamines ne leur manquent pas, grâce notamment à l'humble pissenlit qui a connu un brillant succès au début de ce printemps. Faut-il rappeler que, sous le second Empire, il eut des heures de gloire. Si les soldats de Napoléon III ont été en Crimée préservés du scorbut et ont pu s'emparer de Sébastopol, c'est grâce au pissenlit qui poussait en abondance autour des tranchées et qui figurait jusque sur la table du général en chef.

Quoi qu'il en soit, les repas actuels, à condition de n'être pas vraiment trop insuffisants, paraissent avoir pour un certain nombre d'adultes et de vieillards, une influence favorable sur quelques organes. Voici d'abord l'intestin ; son fonctionnement laissait souvent à désirer chez les sédentaires trop carnivores et l'on sait — la Princesse Palatine l'a écrit en termes expressifs — qu'une bonne exonération quotidienne est un facteur de santé et de longévité. Or, pour obtenir ce résultat, rien ne vaut une grande consommation de légumes verts. On connaît l'action du pain actuel qui, lui, traumatise la muqueuse intestinale.

Les reins sont bien lavés par un régime surtout végétarien, les légumes étant riches en eau et en sels de potasse ; il y a un petit inconvénient, la polyurie nocturne qui trouble le sommeil, mais mieux vaut être polyurique qu'oligurique. Aux insuffisants rénaux, ce régime moins azoté paraît devoir être utile.

Quant au foie, il a un ennemi, la matière grasse, rare aujourd'hui, et un autre ennemi, le vin, dont la consommation devrait être en diminution si l'on s'en tient à la quantité fournie par le ravitaillement.

Avec les régimes actuels, l'amaigrissement est de règle ; peut-être cet amaigrissement ne tient-il pas uniquement à la restriction alimentaire. En effet, la plupart des nouveaux maigres usaient de l'auto ou prenaient l'autobus. Ils ne faisaient pas dans la journée un kilomètre à pied ; on les rencontre aujourd'hui marchant vite dans les rues, brûlant leur graisse au lieu de brûler de l'essence.

Quand les jours meilleurs seront revenus, restons sobres, gardons-nous surtout du danger de faire des repas pantagruéliques après cette longue période de sous-alimentation.

M. Brelet.

P. S. — M. le Professeur Paul Carnot vient de publier dans *Paris Médical* (10 avril 1943) un travail très documenté sur la sous-alimentation actuelle et ses conséquences digestives. Il montre une fois de plus les dangers de cette sous-alimentation qui nous accorde au maximum 1.800 calories au lieu des 2.400 désirables, et il rappelle la formule de Lapicque : 100 calories sont nécessaires pour une heure de vie.

Au sujet des gros mangeurs, M. Carnot est loin d'être optimiste. Après avoir consommé leurs excessives réserves adipeuses, ils continuent à maigrir et dépassent rapidement la phase d'équilibre. On voit chez eux apparaître des signes marqués de dénutrition.

(1) Cf. *Les maladies de la disette*, par Henri Bouquet. Flammarion, éd., Paris 1943.

LIVRES NOUVEAUX

La formation intellectuelle et morale des élites, par le professeur Emile Sergent, membre et ancien président de l'Académie de Médecine. Un volume de 287 pages. Société d'Editions Economiques et Sociales, 98, boulevard Malesherbes, Paris (17e), 1943.

Au cours des années où il s'est consacré avec tant d'éclat à l'enseignement, M. le Professeur Sergent a estimé qu'il ne devait pas se contenter de faire l'éducation médicale de ses élèves. Il a vu plus haut. Il a considéré, avec raison, qu'un maître digne de ce nom doit, certes, donner l'amour du travail à ses élèves, qu'il doit les faire profiter de ses propres recherches et de sa longue expérience, mais il a aussi à s'occuper de leur formation morale.

Par sa profession même, quelle que soit sa situation, qu'il soit praticien ou professeur, le médecin est appelé par son exemple et par ses conseils à occuper une place importante dans l'élite du pays.

La formation intellectuelle et morale des élites, telle a donc été la tâche à laquelle s'est dévoué M. Sergent. On sait avec quelle continuité, avec quelle indépendance il s'est efforcé dans son enseignement, dans ses articles de revue, dans ses conférences, de faire prévaloir ses idées. En parcourant ce livre où il a réuni un grand nombre de ses publications antérieures on voit — et il le dit lui-même dans sa préface — que M. Sergent ne craint pas de répéter avec force les mêmes conseils.

A la base de la formation intellectuelle, M. Sergent donne la première place aux Humanités. Dès le début des études médicales, le maître montre, ensuite, la nécessité de compléter cette formation de l'esprit par le développement du sentiment de la conscience et de l'honneur. La science vient dans la suite, tout naturellement, enrichir ceux qui ont pris l'habitude du travail probe, ceux qui ont gardé « le respect des traditions et des vertus familiales et professionnelles. »

Il faut lire ce livre qui est un bon livre, bien digne du maître qui l'a écrit et dont nous avons la tristesse d'apprendre la mort au moment même où paraissent ces lignes.

F. L. S.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.
Imp. Tancrède, Paris - 31.1080 (Autorisation no 85)



INDEX ALPHABÉTIQUE DU CLASSEMENT HOSPITALIER

N° 12. — 10 JUIN 1943 116e ANNEE Ce numéro : 2 francs.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT. — Un an : France et Colonies, 75 fr. Etudiants, 40 fr.; Etranger : 1re zone, 110 fr., 2e zone, 125 fr. Chèques postaux : Paris 2538-76

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

POUR NOS ABONNÉS DE LA ZONE NON OCCUPÉE, adresser renouvellements et communications aux Messageries Hachette, 12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône) Chèques postaux : Lyon 218 (Service Gazette des Hôpitaux)

SOMMAIRE

Bi-hebdomadaire paraissant provisoirement deux fois par mois

Nos lecteurs trouveront plus loin l'index alphabétique destiné à faciliter les recherches dans la liste de répartition des services hospitaliers de Paris publiée dans notre dernier numéro (1er juin 1943). En raison des circonstances cet index est limité aux chefs de service et assistants, aux chefs de clinique, aux internes et aux externes en premier. Nous nous excusons de n'avoir pu y faire figurer les externes.

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris

2e Concours de nomination de médecin des hôpitaux (3 places). — Epreuve de titres, Jury : MM. Levesque, Lemierre, Kourilsky, Clément Launay, Michaux, Heuyer, Chiray, Maurice Renaud, Decourt, Gautier, Jacquet. — Chirurgien : M. Aurousseau.

Classement des candidats, MM. les Drs : 1. Brocard ; 2. Fauvert ; 3. Salles ; 4. Rossier ; 5. Laplane ; 6. Debray ; 7. Turiaf ; 8. Bolgert ; 9. Thieffry ; 10. de Graciansky ; 11. Bouvrain ; 12. Duperrat ; 13. Conte ; 14. Deparis ; 15. Dugas ; 16. Pecher.

Consultation écrite, section A. — Membres du Jury : MM. les Drs : 1. Pagniez ; 2. Weissenbach ; 3. Janet ; 4. de Sèze ; 5. Cachera ; 6. Lenègre.

Candidats affectés à la section A. — MM. les Drs : Rossier, Thieffry, Debray, Deparis, Pêcher, Salles, Fauvert, Duperrat.

Epreuve clinique, section B. — Membres du Jury : MM. les Drs : 1. Lereboullet ; 2. Lian ; 3. Alajouanine ; 4. de Gennes ; 5. Ravina André ; 6. Degos.

Candidats affectés à la section B. — MM. les Drs : Turiaf, Bouvrain, Dugas, Bolgert, de Graciansky, Laplane, Brocard, Conte.

2e Concours de nomination de chirurgien des hôpitaux. — Admissibilité. Classement des candidats : MM. les Drs : 1. Cauchois (38) ; 2. Albouker (37) ; 3. Léger (37) ; 4. Vuillème (34) ; 5. Calvet (34) ; 6. Dufour (34) ; 7. Roux (34) ; 8. Chigot (34) ; 9. Lortat-Jacob (33) ; 10 ; Chevallier (32).

Les candidats ayant totalisé le plus grand nombre de points sont déclarés admissibles : MM. les Drs Cauchois, Albouker, Léger, Vuillème.

Accoucheurs des hôpitaux. — Concours spécial réservé aux médecins prisonniers libérés (1 place) : M. Grasset.

Oto-Rhino-Laryngologiste des hôpitaux (1 place). — Classement des candidats : MM. Sergent (80) ; Maspetiol (79).

Stomatologiste des hôpitaux (1 place). — Classement des candidats : MM. Lambert (86) ; Béal (83).

Assistants d'Electro-Radiologie des hôpitaux (NOUVEAU RÉGIME) [8 places]. — Classement des candidats : 1. Mlle Marquis (111) ; 2. MM. Chérigié (106) ; 3. Proux (105) ; 4. Puijaubert (103) ; 5. Morin (103) ; 6. Lebouchard (102) ; 7. Hickel (99) ; 8. Degand (93) ; 9. Angamarre (91) ; 10. Noix (88).

Externat. — Le concours qui devait avoir lieu le mercredi 23 juin est reporté au vendredi 25 juin 1943.

Concours de l'internat des hôpitaux communaux de la région parisienne. — Epreuves orales. Jury : M. le Professeur Harvier, professeur de clinique médicale à l'hôpital Cochin ; M. le Dr Sauvé, chirurgien chef de service à la clinique Boileau ; M. le Dr Bruel, médecin de Saint-Germain ; M. le Dr Dresch, médecin de Rambouillet ; M. le Dr Grenier, médecin de l'hôpital d'Argenteuil ; M. le Dr Mignot, médecin de l'hôpital d'Argenteuil ; M. le Dr Ill, O.-R.-L. de l'hôpital de Villeneuve-Saint-Georges ; M. le Dr Perrin, chirurgien de l'hôpital de Saint-Denis ; M. le Dr Dupont, chirurgien de l'hôpital de Mantes ; M. le Dr Rabourdin, accoucheur de l'hôpital de Rambouillet.

Liste des Candidats admissibles au Concours de l'Internat des hôpitaux communaux de la région parisienne. — 1. Pouchol (50,5) ; 2. Chardin (47,5) ; 3. Prévost (47,5) ; 4. de Person (45,5) ; 5. Caye (43) ; 6. Sgard (43) ; 7. Vermeulen (42,5) ; 8. Guilleminot (42) ; 9. Pillot (42) ; 10. Pesle (40,5) ; 11. Viollet (39,5) ; 12. Tola Ricardo (39) ; 13. Blanguernon (39) ; 14. Barral (37,5) ; 15. Poulain (37,5) ; 16. Boyet Jean (37,5) ; 17. Levesque (37) ; 18. Sevin (36) ; 19. Monfrais (36) ; 20. Lepagney (36) ; 21. Brière (35) ; 22. Deniziant (34,5) ; 23. Matet (34,5) ; 24. Tsevrenis (33) ; 25. Mlle Léonard (33) ; 26. Flouquet (32) ; 27. Chibout (32) ; 28. Poujol (31,5) ; 29. Faucheur (31,5) ; 30. Montagne (31,5) ; 31. Mlle Fagnot (31) ; 32. Koskinas (31) ; 33. Melun (30,5) ; 34. Dessus (30,5) ; 35. Mlle Br'card (30) ; 36. Leboulanger (30) ; 37. Maille (30) ; 38. Bidauer (30).

Préfecture de Police

Un **Concours pour l'admission à quatre emplois de médecin à la Maison de Saint-Lazare** s'ouvrira le 5 juillet 1943. Le registre d'inscription (Direction générale du personnel, du budget et du matériel, sous-direction du Personnel) à la Préfecture de Police, sera clos le 19 juin 1943.

Conditions : Posséder le diplôme d'Etat de docteur en médecine, être Français et aryen, âgé de 35 ans au plus ; déposer extrait de naissance, diplôme, note indiquant titres universitaires, scientifiques et hospitaliers, état de services militaires).

Le concours comprend une épreuve sur titres, une épreuve écrite sur un sujet de dermato-vénéréologie, deux épreuves cliniques et une épreuve orale.

Les médecins de Saint-Lazare, qui sont tout d'abord affectés au Dispensaire de Salubrité en qualité de médecins-adjoints, reçoivent une rémunération annuelle de 4.300 francs et un supplément temporaire de 1.935 francs et peuvent être nommés, dans la suite, médecins titulaires au traitement annuel de 8.500 à 18.000 fr. et un supplément temporaire de 3.825 francs.

Hôpitaux de Province

Hôpitaux de Bordeaux. — M. le Dr Edouard Bessière, oculiste adjoint des hôpitaux, a été affecté à l'hôpital des Enfants.

Hôpitaux de Rouen. — UN CONCOURS POUR TROIS PLACES D'INTERNES TITULAIRES ET TROIS PLACES D'INTERNES PROVISOIRES EN MÉDECINE s'ouvrira le 15 juillet 1943, à 16 h. 30, à l'hospice général à Rouen. Inscriptions au Secrétariat des hospices de Rouen jusqu'au 30 juin, à 18 heures.

UN CONCOURS POUR L'EXTERNAT s'ouvrira le 8 juillet 1943 à 16 h. 30, à l'hospice général à Rouen. Inscriptions au Secrétariat des hospices jusqu'au 23 juin, à 18 heures.

Facultés de Province

Faculté de Médecine de Lyon. — Par arrêté du 30 avril 1943, M. Hermann, professeur de physiologie est nommé pour trois ans à dater du 1er mai 1943, doyen de la Faculté de Lyon.

Par arrêté du 30 avril 1943, M. Lépine, doyen et professeur de clinique neurologique et psychiatrique, relevé de ses fonctions de doyen et de professeur par arrêté du 31 janvier 1943, est réintégré dans ses fonctions de professeur à dater du 1er mai 1943. (*J. O.*, 2 juin 1943.)

Ecoles de Médecine

Ecole de Médecine de Rennes. — La chaire de bactériologie et anatomie pathologique prendra, à partir du 1er octobre 1943, le nom de chaire d'anatomie pathologique.

La chaire d'hygiène prendra, à partir de la même date, le nom de chaire d'hygiène et bactériologie.

Santé Publique

Inspection de la Santé. — M. le Dr Spillmann, médecin inspecteur de la Santé de la Haute-Marne, a été nommé médecin inspecteur de la Seine en remplacement de M. le Dr Theil, mis en disponibilité sur sa demande.

Codex. — Le *Journal Officiel* des 24-25 mai publie un décret portant création d'une Commission permanente du Codex.

Sages-femmes. — Le même numéro du *Journal Officiel* publie un arrêté autorisant les pharmaciens à délivrer certaines substances vénéneuses sur présentation d'une ordonnance d'une sage-femme diplômée : collyre au nitrate d'argent à 1 p. 100 ; soluté iodo-ioduré faible du codex (soluté dit de Tarmes), laudanum (10 gr. max)., teinture d'iode.

Légion d'honneur. — Défense. — Chevalier à titre posthume : Les médecins lieutenants Bertinot, du 24e R. I. ; Mathieu, du 23e T. A. ; de Lemos, du 1er rég. automitrailleuses ; le pharmacien lieutenant Dubois, amb. méd. n° 20. (*J. O.*, 27 mai 1943.)

Une conférence du Dr Kurt Gauger

M. Kurt Gauger, président de l'Institut national allemand du film scientifique et pédagogique, a fait le 28 mai à la Maison de la Chimie une conférence sur le rôle du film scientifique dans les études et la recherche médicales. La conférence a été illustrée par des projections cinématographiques d'un haut intérêt. Signalons en particulier les films sur l'appareillage des amputés dans le service du Professeur Sauerbruch et sur leur rééducation, enfin de très beaux films en couleurs « Agfacolor » qui sont bien près de la perfection, tant au point de vue photographique qu'au point de vue pédagogique.

Journées gynécologiques de Paris

Les Journées gynécologiques de Paris seront ouvertes le samedi 26 juin, à 9 h. 30, à la Faculté de Médecine, par M. le Dr Grasset, Ministre Secrétaire d'Etat à la Santé et à la Famille, en présence de M. le Professeur Baudoin, doyen de la Faculté de Médecine et de M. le Professeur Balthazard, président de l'Académie de Médecine. Elles seront présidées par M. le Dr Jayle, président de la Société Française de Gynécologie.

Séances de travail : à 10 h. 30, Clinique gynécologique, Laboratoire, Radiologie gynécologique. A 14 h. 30 : Thérapeutique gynécologique, médicale, chirurgicale et physiothérapique. Dimanche 27 juin, à 10 h. 30 : Fin des communications de thérapeutique. Etude de questions sociales intéressant la gynécologie. Présentation de films.

Les inscriptions seront reçues par M. le Dr Maurice Fabre, secrétaire général, 1, rue Jules-Lefebvre, Paris (9e).

Maison du Médecin

La Maison du Médecin, dont le siège était anciennement 51, rue de Clichy, à Paris, a transféré ses services 60, boulevard de la Tour-Maubourg, Paris-7e (Tél. Invalides 39-98).

Bourses de vacances du Dr Debat. — Les Laboratoires du Dr F. Debat rappellent qu'ils consacrent, comme les années précédentes, une somme de 100.000 francs à la création de bourses de vacances de 1.000 ou 500 francs, destinées à de jeunes étudiants en médecine de santé délicate et dont les conditions d'existence sont particulièrement difficiles.

Les demandes devront être adressées avant le 15 juin, 60, rue de Monceau. Elles seront accompagnées d'une lettre de recommandation du professeur de l'élève et indiqueront la situation de famille, l'état de santé du postulant, ou toutes autres informations susceptibles de servir de moyens d'appréciation.

ORDRE DES MEDECINS

Communiqué du Conseil Supérieur de l'Ordre. — La Commission des médecins sinistrés du Conseil Supérieur de l'Ordre, devant la multiplicité des diverses urgences actuelles, tient à faire appel à la solidarité médicale. Celle-ci s'est déjà manifestée largement dans le cadre de certains départements. Mais les possibilités des collèges départementaux sont très restreintes et des situations tragiques se présenteraient si un département était totalement sinistré. D'autre part, les départements indemnes jusqu'à ce jour se doivent d'aider les départements sinistrés.

La constitution d'un fonds général permettra de venir en aide aux sinistrés récents dont la liste s'allonge chaque jour et d'allouer des indemnités aux médecins sinistrés. Prière d'adresser les souscriptions à M. le Dr Frantz, trésorier, 60, boulevard de Latour-Maubourg, Paris (7e) de préférence par versement à son compte de chèques postaux : Paris 874-34.

Résultats des élections départementales (1)

(Suite)

Côtes-du-Nord. — Titulaires : MM. Codet (Saint-Brieuc), Prigent (Saint-Brieuc), Gautier (Dinan), Tessier (Saint-Brieuc), Hutin (Guingamp), de Vulpian (Saint-Brieuc), Legrand (Dinan), Moy (Saint-Brieuc), Druais (Saint-Brieuc). — Suppléants : MM. Bouguen (Saint-Brieuc), Bellec (Rostrenen), Royer (Treberden).

Creuse. — Titulaires : MM. Brésard (Guéret), Faury (Guéret), Bordier (Guéret), Ladure (Boussac), Dupie (Aubusson), Machavoine (Aubusson). — Suppléants : MM. Philippon (Jarnage), Janicaud (Guéret), Butaud (Bourganeuf).

Deux-Sèvres. — Titulaires : MM. Guyonnet (Saint-Maixent), Joubert (Niort), Saint-Paul (Niort), Laffitte (Niort), Gaillard (Parthenay), Clouzeau (Niort), Princeteau (Niort) Chambard (Parthenay), Laroche (Niort). — Suppléants : MM. Chardon (Celles), Frère (Argenton-l'Eglise), Vignalou (Niort).

Dordogne. — Titulaires : MM. Gargaud (Périgueux), Perromat (Périgueux), Okinczyc (Le Buisson), Perruchot (Périgueux), Lafon (Périgueux), Lacoste (Périgueux), Cassard (Périgueux), P. Rousseau (Bergerac), Paul Delbès (Périgueux). — Suppléants : MM. Serret (Bergerac), Semonon (Excideuil), Crozet (Périgueux).

Drôme. — Titulaires : MM. Perrier (Valence), Coste (Anneyron), Kocher (Valence), Didier (Bourg-de-Péage), Rigal (Valence), Anres (Valence) Grivet (Valence), Rigaux (Montélimar), Robin (Valence). — Suppléants : MM. Chevalier, Seyvet (Romans), Thiers (Crest), Eynard (Bourg-de-Péage).

Doubs. — Titulaires : MM. Baulle (Besançon), M. Duvernoy (Valentigney), Ch. Gomet (Besançon), J. Jacquard (Nods), Tisserand (Besançon), Volmat (Besançon). — Suppléants : MM. Eug. Ledoux (Besançon), Pétrequin (Seloncourt), V. Robin (Montbéliard).

Eure. — Titulaires : MM. Rougeuille (Evreux), Vivier (Evreux), Bergouignan (Evreux), Clément (Vernon), Bettinger (Evreux), Camus (Bourth) Champeau (Breteuil) Wagner (Lieurey), Louineau (Evreux). — Suppléants : MM. Blain (Bernay), Dardel (Gisors), Vaillant (Evreux).

Eure-et-Loir. — Titulaires : MM. Maurice Durand (Dreux), Trouvé (Châteaudun), Fayolle (Chartres), Fredet (Chartres), Paul Foulon (Chartres), Carlotti (Auneau). — Suppléants : MM. Haye (Chartres) Morchoisne (La Loupe), Vaillant (Chartres).

Finistère. — Titulaires : MM. Salaün (Brest), Le Couteur (Brest), Philippon (Brest), Pouliquen (Brest), Maymou (Morlaix), Clouard (Quimper), Chapel (Scaer) Castel (Daoulas), Mevel (Quimper). — Suppléants : MM. Cornic (Douarnenez), Chauvel (Quimper), Corre (Sezum).

Gard. — Titulaires : MM. Sollier (Nîmes), Vincent (Nîmes), Blanchard (Uzès), Reynaud (Nîmes), Pichenal (Nîmes), Flaissier (Nîmes), Villaret (Nîmes), Malarte (Nîmes), Fabre (Nîmes). — Suppléants : MM. Chambon (Nîmes), Damon (Nîmes), Goubert (Alès).

Garonne (Haute). — Titulaires : MM. Roques (Toulouse), Caffort (Toulouse), Clavetier (Toulouse), Riser (Toulouse), Tapie (Toulouse), Garipuy (Toulouse), Raymond Sorel (Toulouse), Bertrand de Pibrac (Toulouse), Ginesty (Toulouse), Cavalié (Toulouse), Bézy (Toulouse), Laurentier (Toulouse). — Suppléants : MM. Albenque (Bazièges), Miginiac (Toulouse), Deumié (Toulouse).

Gers. — Titulaires. : MM. Lestrade (Auch), Angèle (Gimond), Soubiran (Auch), Rivière (Auch), de Sardac (Lectoure), Pujos (Auch). — Suppléants : MM. Barthélemy (Auch), Lescale (Auch), Lasserre (Auch).

Gironde. — Titulaires : MM. Pierre Mauriac (Bordeaux), Et. Loubat (Bordeaux), J. Viaud (Bordeaux), N. Moreau (Bordeaux), E. Aubertin (Bordeaux), P. Broustet (Bordeaux) J. Micheleau (Coutras), R. Lartigaut (Bordeaux), E. Dubourg (Bordeaux), F. Piéchaud (Bordeaux), L. Pouyanne (Bordeaux), J. Maupetit (Libourne). — Suppléants : MM. J. Despons (Bordeaux), P. Mahon (Bordeaux), P. Lafague (Bordeaux).

Hérault. — Titulaires : MM. Giraud (Montpellier), Jeanbrau (Montpellier), Euzières (Montpellier), Joseph Vidal (Montpellier), Etienne (Montpellier), Lapeyrie (Montpellier), Margarot (Montpellier), Coste (Béziers), Brémond (Montpellier). — Suppléants : MM. Roux (Montpellier), Viallefont (Montpellier), Pichelre (Agde).

Ille-et-Vilaine. — Titulaires : MM. Marquis (Rennes), Le Damany (Rennes), Brault (Rennes), Lamache (Rennes) Chevrel (Rennes) Biret (Rennes), Abel Pelle (Rennes), Robert (Fougères), Baudet (Rennes). — Suppléants : MM. Massot (Rennes), Jambon (Rennes), Collet (Montfort-sur-Mer).

Indre. — Titulaires : MM. Barbier (Châteauroux), Foltzer (Châteauroux), Périnet (Châteauroux), Asselin (Châteauroux), Robert (Issoudun), Gadaud (Châteauroux), Gratier (Levroux), Chauveau (Châteauroux), Calas (Azay-le-Ferron). — Suppléants : MM. Peynet (Châteauroux), Beauchesne (La Châtre), Bougarel (Châteauroux).

Indre-et-Loire. — Titulaires : MM. Denoyelle (Tours), Cosse (Tours), Desbucquois (Tours), Mahoudeau (Amboise), Gaudeau (Tours), Wegbecher (Neuvy-le-Roi) Antoine Vialle (Tours), Paul Vialle (Tours), Bonnin (Tours. — Suppléants : MM. Boutin (Tours), Magnan (Tours), Malet (Tours).

Isère. — Titulaires : MM. Sappey (Grenoble), Bisch (Grenoble), Bonniot (Grenoble), Bétboux (Grenoble), Arbassier (Grenoble), Fabre (Virieu-sur-Bourbre), Arnaud (Grenoble), Faure-Marguerit (Les Abrets), Gérin (Rives). — Suppléants : MM. Guedel (Grenoble), L. Bonne (Saint-Marcellin), Latreille (Grenoble).

Jura. — Titulaires : MM. Sigaux (Saint-Claude), Mermet (Lons-le-Saunier), Michel (Lons-le-Saunier), Romand-Monnier (Lons-le-Saunier), Albertin (Lons-le-Saunier), Sullerot (Dôle). — Suppléants : MM. Billot (Champagnole), Prince (Sellières), Girod (Lons-le-Saunier).

Landes. — Titulaires : MM. Gauzère (Tartas), Estivals (Castets), Lauraza (Dax), Lataste (Mont-de-Marsan), Ribérol (Dax), Daydrein (Mont-de-Marsan) Daraignez (Dax), Dufau (Dax), Ducournau (Benesse). — Suppléants : MM. Beaumont (Geaune), Lesca (Ondres), Pouey (Dax).

(*Voir suite page 189*)

(1) Voir *Gazette des Hôpitaux*, nos 9 et 10, 1er et 10 mai 1943.


PANTOPON
ROCHE
OPIUM TOTAL
SOMNIFÈNE
ROCHE
HYPNOTIQUE
SÉDOBROL
ROCHE
TRAITEMENT BROMURÉ
SÉDORMID
ROCHE
HYPNOGÈNE
ALLONAL
ROCHE
ANALGÉSIQUE
PRODUITS "ROCHE"
10, RUE CRILLON, PARIS

REVUE GENERALE

LE CANCER RACHIDIEN

Par MM. A. GUICHARD et J. VIALLIER (de Lyon)

DÉFINITION. — On désigne sous le terme de cancer rachidien, toute tumeur primitive ou secondaire, sarcome ou épithélioma, développée sur la colonne vertébrale. Ainsi élimine-t-on la granulomatose maligne à forme vertébrale, les tumeurs intrarachidiennes érodant l'os et enfin les néoplasies extravertébrales qu'elles aient ou non pénétré dans le canal du rachis par les trous de conjugaison.

GÉNÉRALITÉS. — Il est classique de regarder le *rachis* exclusivement comme un *étui protecteur du système nerveux* et de ses enveloppes (moelle, racines, ganglion spinal et méninges) et partant de décrire le *cancer rachidien* comme une *maladie à séméiologie nerveuse* prédominante.

On oublie ainsi qu'en réalité la colonne est constituée de deux tissus intriqués, d'une part la *moelle osseuse* imbibée d'osséine, *tissu de soutien* servant à la statique du corps et, d'autre part, la *moelle hématopoiétique* annexe du tissu myéloïde, véritable *tissu nourricier et sanguiformateur* de l'organisme. Le cancer rachidien fait donc de ce fait et aussi, figure d'*ostéopathie* autonome et de *maladie sanguine* déclarée, capable de troubler la formule du sang périphérique. Par là même il se présente en plus comme une *double maladie de système* frappant le squelette dans ses deux composants principaux.

Ainsi se dévoile l'originale physionomie du cancer rachidien qui, tour à tour sur la scène clinique, endosse et dépouille les trois uniformes différents de maladie osseuse, nerveuse et sanguine, demandant à être étudié sous ce jour très particulier.

HISTORIQUE. — C'est du vaste groupe des « caries osseuses » qu'il fut tout d'abord extrait par Charcot, qui décrivit en 1865 la « paraplégie douloureuse des cancéreux », par Recklinghausen et Fraenkel qui signalèrent ses deux variétés ostéoclasique et ostéoplastique, puis par Tripier dans sa thèse (1885). Il nous faut citer plus près de nous les noms de Sicard et de Coste, ainsi qu'à Lyon ceux de Bériel, Mestrallet, Marcon et Pétouraud. Actuellement on étudie l'ostéose cancéreuse diffuse et le retentissement parathyroïdien secondaire.

ETIOLOGIE. — Seront écartées de cette étude les *tumeurs bénignes* du rachis (ostéomes, chondromes, angiomes, tumeurs à myéloplaxes, chordomes), et sera seul étudié *le cancer vertébral* qui, très rarement *primitif*, sous forme des myélomes osseux multiples (J.-F. Martin et Guichard), ou plus rarement d'ostéo-chondro et angio-sarcomes des lames et des apophyses (Boudreaux, *Thèse Paris*, 1936), est le plus souvent *secondaire* à un *néoplasme du sein*, squirrhe à marche lente en l'espèce et dont les métastases vertébrales ne seraient favorisées par l'extirpation chirurgicale de la tumeur mammaire primitive qu'en tant que cette opération augmenterait la survie et prolongerait l'évolution de la maladie. Au second rang de fréquence vient le *cancer prostatique* qui, en lui-même, est le plus ostéophile des cancers ; le néoplasme du *corps thyroïde* est également pourvu d'un tropisme osseux certain ; d'autres fois, il faudra chercher un *hypernéphrome* plus rarement un *cancer* latent *du poumon* (R. Froment et A. Guichard).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — D'interprétation différente sont les lésions cancéreuses directes et les altérations paranéoplasiques indirectes.

I. — Les *lésions directes cancéreuses* de l'os, des méninges et de la moelle marchent dans le sillage direct de la tumeur responsable.

a) *Sur l'os* le cancer rachidien, tout comme le mal de Pott, engendre une *forme nodulaire et destructive locale*, univertébrale, aboutissant à la caverne de l'os, à effondrement d'un corps, à la luxation d'une vertèbre et à l'étranglement du canal rachidien, une *variété infiltrante*, véritable ostéose cancéreuse diffuse, multisegmentaire, ne déformant pas extérieurement la colonne et enfin le nodule isolé saillant dans le canal à forme de *tumeur intrarachidienne* (Bériel). Dans tous ces cas la métastase naît au centre de l'os et respecte les disques.

Devant le néoplasme, le squelette réagit, soit par le *type ostéoporotique* véritable ostéose cancéreuse raréfiante, apanage ordinaire du cancer du sein et dans laquelle l'os ramolli se coupe au couteau, soit par la *variété ostéoplastique*, véritable ostéose marmoréenne cancéreuse, spéciale au cancer de la prostate : la colonne y prend l'aspect d'un pilier blanc, plus dur que l'ivoire, cassant la scie qui essaie de l'entamer.

A l'examen microscopique le squelette est farci de nombreux nodules ou d'une myriade de petites colonies néoplasiques : à leur contact, séparées par du tissu fibreux exempt de tout myéloplaxe, les lamelles osseuses ont disparu ; d'autres fois, elles sont épaissies, très riches en calcaire.

b) La *méninge* dure offre à la marche néoplasique la barrière infranchissable de son tissu fibreux ; c'est la *pachyméningite externe cancéreuse*.

c) Le système nerveux est atteint de *lésions indirectes* malaciques ou scléreuses, dégénératives de la moelle épinière, dues à l'ischémie d'ordre artériel ou à la stase œdémateuse d'ordre phlébitique produites par la pachyméningite (Bériel). Mais aussi, en regard d'elle-même, la tumeur produit des *lésions nerveuses directes* quand la moelle est directement comprimée ou distendue comme une corde sur son chevalet et quand les racines sont étranglées dans les trous de conjugaison effrondrés.

D'un tout autre ordre sont les lésions paranéoplasiques.

II. — *Les lésions indirectes paracancéreuses* évoluent loin des nodules tumoraux et infligent au cancer rachidien un masque clinique atypique d'affection osseuse, sanguine et parathyroïdienne.

Il est, en effet, une *ostéose paracancéreuse* soit décalcifiante, soit ossifiante, qui déborde la tumeur en intensité et en étendue : l'ostéoporose par son intensité extrême contraste souvent avec l'exiguïté et le petit nombre des embolies cancéreuses à son contact, alors que plus loin de volumineuses colonies néoplasiques confluentes vont avec une décalcification à peine marquée. Son étendue tient parfois du paradoxe ; on la rencontre à distance et très loin des métastases, sur des corps vertébraux que les coupes microscopiques sériées révèlent complètement indemnes de tout foyer cancéreux (Bérard, J.-F. Martin et Ponthus *in th.* Viennois).

C'est aussi selon un mode pareillement disproportionné à l'étendue du cancer que se manifeste la *myélose* (1) *mégacaryocytaire paracancéreuse* visible également sur des articles osseux entièrement dépourvus d'essaims néoplasiques, atteignant la totalité du squelette, le débordant parfois en provoquant une considérable hypertrophie hépato-splénique. Partout la moelle, comme d'ailleurs le foie et la rate, apparaissent rouges, framboisés, éclatants. Le microscope montre qu'il s'agit d'une hyperplasie myéloïde diffuse, d'une myélose, remarquable par l'extraordinaire densité cellulaire et la disparition de tout élément adipeux médullaire ; dans ce tissu affluent non seulement les érythroblastes, toujours prédominants, mais aussi les myélocytes et les mégacaryocytes, tous trois éléments de la trinité myéloïde. Ainsi prend naissance une myélose globale ou pan myélose, sorte de myélose tripartite à la figure panachée ou barriolée, en tout semblable des points de vue nosologique et histologique aux états de myélose aleucémique mégacaryocytaire dont elle possède d'ailleurs la même traduction hématologique.

Et si l'on examine alors les *glandes parathyroïdes* on voit qu'elles sont parfois le siège d'adénomes microscopiques à cellules éosinophiles (E. Bernard, Boyer, Perge et Gauthier-Villars, Welti et Huguenin, Bérard, J.-F. Martin et Ponthus *in th.* Viennois), dont l'interprétation pathogénique, ainsi que celle des lésions paracancéreuses, en général, va maintenant nous retenir.

PATHOGÉNIE. — Plusieurs facteurs pathogéniques, capables d'ailleurs d'interactions réciproques sont à la base des lésions cancéreuses, osseuses et myéloïdes.

Un facteur *circulatoire et topographique* explique la localisation rachidienne du cancer ; le cours du sang très ralenti à l'intérieur du labyrinthe spongieux des corps vertébraux y favorise le campement des détachements néoplasiques errants. La lymphangite cancéreuse explique que les tumeurs du corps thyroïde préfèrent la colonne cervicale, celles du sein, le rachis dorsal et la prostate, les vertèbres lombaires.

Un facteur humoral est également à la base de l'ostéose paracancéreuse décalcifiante ou marmoréenne rencontrée. Celle-ci pourrait être un phénomène d'accompagnement du cancer, dépendant d'une métastase disparue (ostéose postcancéreuse) ou trop petite pour être mise en évidence autrement que par coupes sériées (ostéose paracancéreuse). Il serait même permis de se demander, quoique le fait paraisse infiniment peu probable, si pareille décalcification ne pourrait pas être une sorte de point d'appel pour certaines métastases (ostéose précancéreuse) qu'elle soit engendrée avant l'heure de la généralisation néoplasique par des troubles humoraux du métabolisme calcique relevant des premiers foyers cancéreux isolés de l'os (acidose), par une ostéomalacie sénile associée (Decourt), l'âge de l'ostéomalacie étant aussi celui du cancer, ou bien par une hyperplasie parathyroïdienne dont nous aurons bientôt à discuter le rôle. Pour ce qui est des os de marbre cancéreux, rappelons ici l'opinion de Parkes Weber pour qui les cellules néoplasiques de la prostate seraient à même de secréter de l'os, tout comme cela se passe expérimentalement avec les greffes d'épithélium urétéro-vésical (Higgins, Leriche, Lucinesco, Jung).

Quant au *facteur glandulaire*, il jouerait aussi son rôle dans la genèse de cette ostéopathie paracancéreuse. Il s'agit, en l'espèce, de savoir si l'hyperplasie parathyroïdienne observée ne serait pas extrêmement précoce, survenant dans les premières heures du néoplasme, engendrée par les troubles humoraux ou les toutes premières métastases de celui-ci et capable d'entraîner en retour une décalcifiation très prononcée, elle-même indirectement génératrice de métastases rachidiennes plus nombreuses, diffuses, infiltrantes, généralisées (Mandl). En réalité, il semble qu'elle corresponde, selon les vues d'Erdheim, à une simple manifestation de la glande devant les désordres osseux.

Il est enfin un *facteur hématopoiétique* qui est à la base et de la myélose paracancéreuse et du trouble de l'hémogramme qui la traduit. Pour certains, il s'agirait d'une *myélose irritative* de voisinage due à la présence des cellules néoplasiques, que celles-ci mettent en liberté des corps cytogénétiques ou des stérines voisines de l'anthracène (Lœper et Mallarmé) et l'on sait que l'injection dans la moelle osseuse de dérivés anthracéniques du goudron donne naissance à de véritables érythroblastoses et polyglobulies (J. Bénard). Pour d'autres, il s'agirait d'une

(1) Le terme de myélose est ici pris, non dans le sens de processus médullaire, mais dans celui d'hyperplasie du tissu myéloïde lui-même, que son siège soit médullaire ou hépato-splénique.

myélose compensatrice vicariante due à la destruction de la moelle sanguiformative par le cancer et à l'anhématopoïèse qui en résulte. En réalité, cette destruction n'est jamais complète, la myélose déborde en intensité, en diffusion et en généralisation, la carcinose squelettique ; et comment expliquer les cas dans lesquels le foie et la rate, cependant indemnes de toute colonie néoplasique, réagissent pourtant aux essaims cancéreux du squelette, par une myélose érythroblastique totale ? C'est qu'en effet, ainsi que Paviot et Levrat, en 1932, puis l'un de nous avec Paviot et Plauchu en 1935, y ont insisté les premiers, à côté du cancer rachidien à forme nodulaire, destructive, locale, indemne de toute réaction myéloïde ou sanguine associée, véritable *néoplasme secondaire de la moelle osseuse*, il faut distinguer le cancer rachidien infiltrant et diffus, véritable *néoplasme secondaire de la moelle et des organes hématopoiétiques*, atteignant non seulement le rachis, mais aussi le foie et la rate et épargnant les autres viscères. Pour désigner une telle atteinte, Lœper et Mallarmé, par opposition au terme d'ostéose, emploient celui de myélose cancéreuse, alors qu'à nos yeux tout se passe comme si le cancer déclenchait sur le tissu myéloïde des os, du foie et de la rate, une hyperplasie myéloïde autonome, possédant le sens d'un retour à l'état fœtal et qui, aboutissant à une hématopoièse viciée, sorte de « dyshématopoïèse », arrêtée en chemin au stade érythroblastique avec défaut de maturation ultérieure, engendrerait une véritable *myélose aleucémique paracancéreuse* en tout point semblable à ces états de myélose aleucémique sur lesquels l'un de nous a consacré plusieurs travaux.

De plus, et c'est là une notion non encore classique, récemment exposée par l'un de nous dans les thèses de Quenard et Buisson, en associant l'ostéose à la myélose le cancer rachidien frappe en même temps les deux tissus constituants, osseux et hémopoiétique, du squelette : il prend donc ainsi le rang d'une double maladie de système, d'une *hémopathie ostéotrope* (A. Guichard et Quenard) ; par l'ostéose raréfiante ou condensante qui accompagne l'hyperplasie myéloïde, il ressemble trait pour trait à ces formes osseuses des myéloses aleucémiques, décrites par l'un de nous sous le nom le nom de *myéloses aleucémiques ostéopathiques*.

Déjà classiquement reconnu comme une affection osseuse et nerveuse, le cancer rachidien revêt donc bien parfois l'uniforme d'une maladie hématopoiétique autonome. L'étude clinique ne fait d'ailleurs que confirmer ce triple cachet particulier de la maladie.

Symptomes. — Le cancer rachidien évolue en deux stades successifs :

La première phase, *période algique* pure de Sicard, de compression radiculaire est extrêmement longue et les douleurs qui la caractérisent sont à envisager à différents stades, reconnaissant à chacun d'eux des mécanismes différents.

Après un premier acte de douleurs ostéocopes, lancinantes et térébrantes simulant le rhumatisme, le lumbago, le torticolis et dues au sourd développement des nodules cancéreux au centre de l'os, arrive la deuxième ère des douleurs radiculaires proprement dites, névralgies intercostales ou sciatiques doubles d'emblée, zonas symptomatiques, non influencés par le repos, comme dans le mal de Pott, dus à la compression des racines dans les trous de conjugaison par le tassement vertébral ou dans l'espace épidural par les masses néoplasiques. Enfin, les douleurs sont parfois diffuses et généralisées à la totalité du squelette, simulant l'ostéoporose sénile, curables comme elle par les fixateurs du calcium et dues à l'ostéomalacie paracancéreuse.

Puis arrive la deuxième *phase paraplégique*, à début brusque, à évolution souvent mortelle en quelques semaines lorsque la paraplégie flasque ou flascospasmodique sensitivomotrice évolue vers les escarres et l'infection urinaire.

Evolution. — Telle est l'évolution classique, qui simule une affection neurologique, du cancer rachidien.

Dans certains cas l'étape algique manque, la maladie reste indolore et tout se passe comme si la tumeur avait réalisé une sorte de cordotomie spontanée : tout se résume à une *paraplégie spasmodique* en extension, d'évolution progressive, échelonnée sur de nombreux mois, simulant la sclérose en plaques ou la paraplégie des vieillards, due aux lésions malaciques ou scléreuses entraînées sur la moelle par la pachyméningite externe et les lésions vasculaires qui en sont le fruit.

D'autres fois, au contraire, tout se résume aux douleurs du début, le cancer évolue trop vite pour permettre à la paraplégie d'apparaître.

Aussi le diagnostic de l'affection prête-t-il souvent à erreurs.

Diagnostic positif. — 1. *Les signes osseux* du cancer rachidien manquent à la phase algique. Plus tard, on trouve un point douloureux à la percussion profonde ou à la pression appuyée d'une apophyse épineuse, puis apparaît la contracture rachidienne qui, segmentaire dans le mal de Pott, devient totale dans le néoplasme. Bien plus tard l'on percevra la gibbosité en anse et à grand rayon. Ces signes manquent totalement dans le cancer vertébral sans signe rachidien à forme de tumeur intra-rachidienne (Bériel).

2. C'est alors que la *PL* apporte son utile contribution. A la phase algique, elle montre une albuminorachie augmentée ; à la période paraplégique on a le syndrome humoral de compression médullaire avec dissociation albumino-cytologique, syndrome de Froin, Wassermann positif et blocage du liquide. Exceptionnellement on a une hémorragie méningée (Gate et Boyer) ou une méningite cancéreuse avec présence de cellules néoplasiques dans le liquide spinal.

3. *L'examen radiologique* acquiert alors toute sa valeur.

La décalcification médullaire trouant l'os à l'emporte-pièce, l'aspect de vertèbre cunéiforme aboutit à l'image de la vertèbre sandwich, aplatie en galette, élargie et débordante entre deux disques restés clairs et normaux.

Ailleurs c'est l'aspect de l'ostéose décalcifiante diffuse néoplasique ou paranéoplasique imitant l'ostéomalacie rachidienne avec ses os clairs, ses vertèbres à double contour et en diabolo, ses disques en forme de poisson.

Dans d'autres cas, c'est l'ostéose condensante cancéreuse ou paracancéreuse à forme marmoréenne, réalisant l'aspect, sur les clichés positifs, de la vertèbre noire ou de la colonne d'ébène et sur les négatifs, du rachis blanc d'ivoire.

Certaines formes associent décalcification et surossification dans l'aspect pagetoïde, ouaté, pommelé, tacheté, meringué, marbré de la colonne, presque spécial au cancer prostatique.

On voit donc que le cancer rachidien, quand manque la notion de la tumeur primitive, revêt l'aspect d'une ostéopathie vertébrale primitive : et ce sont alors les *signes radiologiques extra-rachidiens*, tels que trous à l'emporte-pièce sur le sternum et les côtes ou fractures spontanées des côtes et du col du fémur ou aspect pommelé de la clavicule et du bassin, qui assurent le diagnostic. D'autres fois, le néoplasme de la colonne vertébrale quitte la livrée de l'ostéopathie et fait figure de maladie sanguine presque authentique.

4. Il se révèle alors par des *signes hématologiques* particuliers : ce sont les anémies cancéreuses myélogènes de Epstein, Marcorelle, Mach et Klags, Martin et Dechaume *in th.* Ben Rais et Raganeau, les anémies cancéreuses avec myélémie de Paviot et Levrat, Paviot, Guichard et Plauchu, 1935, les érythroblastoses cancéreuses de Lœper et Mallarmé (1941).

Dans les cas majeurs, l'anémie est intense, doublée d'une grosse rate dont l'importance est extrême, car rare au cours du cancer, elle doit faire rechercher la myélémie avec sa myélocytose importante (10 à 15 %) et son érythroblastose massive (50 à 100 %) ; ce sont les anémies spléniques cancéreuses.

Dans les cas mineurs, l'anémie fait défaut et tout se résume à l'existence de 1 à 5 érythroblastes dans le sang avec un taux semblable de myélocytes.

Certains auteurs parlent alors d'érythroblastose cancéreuse, alors que ce terme feint d'ignorer et les myélocytes qui sont toujours associés aux normoblastes et la réaction tissulaire de myélose tripartite érythro myélocyto mégacaryocytaire qui leur a donné naissance. Une telle formule sanguine est identique à celle des myéloses aleucémiques ; il s'agit donc bien d'une myélose aleucémique cancéreuse.

La ponction sternale décèle et la réaction érythroblastique et l'existence des cellules épithéliomateuses dans le sternum.

5. Les *signes chimiques* ne sont enfin que le reflet de l'ostéose : hypercalcémie, hyperphosphathémie, avec bilans calciques négatifs et énorme augmentation des phosphatases sanguines en cas de vertèbre pagétoïde cancéreuse.

Le diagnostic différentiel est facile si le *cancer primitif est connu* : il faut se méfier de toute cicatrice opératoire, toujours palper le corps thyroïde, le rein, le sein, faire un toucher rectal et se rappeler que l'intervalle libre est quelquefois très long entre l'évolution initiale et l'étape rachidienne.

Parfois en cas d'adénome thyroïdien malin impalpable, de néoplasme prostatique ou mammaire pseudo-adénomateux, *le cancer reste latent*, le diagnostic varie alors, selon que le néoplasme rachidien se présente comme une ostéopathie, une maladie hémopoiétique ou une affection neurologique primitive.

1° On éliminera en premier lieu les *affections vertébrales* qui ressemblent à la forme osseuse du cancer rachidien : le *mal de Pott* donne les trois mêmes formes, nodulaire, diffuse et tumorale intrarachidienne, que le néoplasme. Mais le disque toujours atteint d'emblée est pincé, la vertèbre est érodée sur ses bords, il y a des ombres d'abcès froids médiastinaux.

La *granulomatose maligne* peut simuler le néoplasme rachidien, de même que l'*ostéite kystique de Recklinghausen*.

L'*ostéomalacie sénile* est souvent très malaisée à différencier : elle est d'ordinaire diffuse et la carcinose, nodulaire et localisée. Mais il existe une ostéoporose paracancéreuse et une ostéose néoplasique diffuse qui simulent l'ostéomalacie du vieillard, d'autant que l'ostéoporose rachidienne douloureuse peut débuter brusquement comme la carcinose, donner comme elle des vertèbres en galette à forme pseudo-néoplasique (Ravault et Léger), s'accompagner d'anémie pernicieuse de Biermer pseudo-cancéreuse avec parfois syndrome neuroanémique paralytique (Guichard, Giraud et Ledru, Viallier et Bourdillon).

Nous n'insisterons pas sur la confusion possible avec la *maladie de Paget*, les *arthropathies tabétiques* de la colonne, les *ostéoses de marbre*.

2° D'autres fois, le cancer, en s'accompagnant d'anémie avec splénomégalie et myélémie acquiert le visage d'une *hémopathie primitive* et prête ainsi à confusion avec les syndromes dits de *myélose aleucémique mégacaryocytaire* (Favre, Croizat et Guichard) ou d'érythroblastose chronique de l'adulte (P.-E. Weil). Quand le cancer rachidien s'accompagne en outre de décalcification diffuse ou d'hypercondensation osseuse, il simule les formes osseuses des myéloses aleucémiques ou *myéloses aleucémiques osthéopathiques à forme ostéomalacique ou marmoréenne* (Guichard *in th.* de Buisson et Quenard, Lyon 1943).

3° Enfin, plus souvent encore, le cancer rachidien fait figure de *maladie neurologique* et c'est alors le diagnostic qui se pose avec les *tumeurs intra-rachidiennes*, les *compressions médullaires*, les *radiculites*,

les paraplégies des vieillards, certaines *scléroses en plaques*. Là aussi importe le diagnostic topographique de hauteur des lésions.

Diagnostic topographique. — Il est des *formes hautes* de cancer nodulaire rachidien qui donnent des signes radiculaires aux membres supérieurs et une paraplégie aux membres inférieurs. Il est des *formes basses* d'origine habituellement prostatique, qui peuvent simuler les syndromes de la queue de cheval. On a signalé un syndrome de Brown-Séquard.

Diagnostic étiologique. — Il est quelquefois difficile quand on croit avoir affaire à un simple adénome thyroïdien ou prostatique que l'histologie a qualifiés de bénins. L'apparition d'une tumeur rachidienne est parfois le premier test de malignité de ces goitres ou adénomes dits bénins métastatiques.

En face de trous percés à l'emporte-pièce sur plusieurs os et la voûte du crâne, en face d'une albumosurie thermolytique avec hyperprotéinémie il faudra songer aux *myélomes osseux multiples*.

Thérapeutique. — Les ressources de *l'arsenal thérapeutique* sont limitées et d'ordre surtout palliatif : les antialgiques sont variés : la morphine, l'héroïne et le venin de cobra, ont parfois quelque efficacité contre les névralgies de compression, la cordotomie latérale de la moelle est très exceptionnellement pratiquée, les douleurs de l'ostéomalacie paracancéreuse cèdent à la vitamine D avec un résultat parfois surprenant. La radiothérapie fait disparaître et les métastases néoplasiques et les lacunes osseuses radiologiques. En cas de compression médullaire l'intervention chirurgicale a pu être appliquée.

Les *indications thérapeutiques* varient selon que le cancer rachidien prend le masque d'une affection nerveuse, osseuse ou sanguine.

Les *troubles nerveux* réclament les divers antialgiques, le repos au lit est inefficace contre les douleurs ; quand celles-ci sont dues à l'ostéomalacie paracancéreuse elles sont, comme nous le verrons plus bas, améliorées par la vitamine D. Dans quelques cas la laminectomie a permis d'enlever une tumeur isolée métastatique dont seul l'examen histologique a démontré l'exacte origine (Bériel *in th.* de Marcon).

Les *lésions osseuses* relèvent de la radiothérapie qui détruit les métastases et recalcifie l'os. Il est de plus, *au cours du cancer rachidien, des douleurs* parfois très intenses que l'on croit dues au cancer et *qui sont en réalité engendrées par l'ostéomalacie paracancéreuse et qui parfois rebelles à la morphine cèdent très vite à la médication fixatrice du calcium* : une observation très suggestive de ce fait a été publiée par M. Bouchut et l'un de nous (1). Il y a là, croyons-nous, une notion pratique utile et le rôle antialgique parce que recalcifiant de la vitamine D au cours du cancer rachidien, mérite d'être à l'avenir utilisé ; ce fait découle directement de la notion, étudiée plus haut, d'une ostéomalacie paranéoplasique au cours du cancer vertébral.

Les *lésions sanguines* ne méritent pas d'autre traitement que les extraits hépatiques, la transfusion ; la radiothérapie arrête d'ailleurs la myélose cancéreuse, au même titre que les métastases et la décalcification.

Conclusion. — Nous avons insisté au cours de l'étude précédente, sur un aspect que nous croyons très particulier, et pas assez connu, du cancer rachidien : l'étude des lésions secondes du néoplasme vertébral, ostéose et myélose paracancéreuses en particulier, montre que cette affection mérite dorénavant d'être étudiée sous un jour nouveau et imprévu.

BIBLIOGRAPHIE

1. Aubert. *Th. Lyon*, 1939. Les myéloses aleucémiques.
2. Bérard, Martin et Ponthus. Sur la nature de l'ostéose cancéreuse diffuse et le rôle des parathyroïdes. *Bull. du Cancer*, févr. 1936, n° 2.
3. Bériel et Mestrallet. Les compressions médullaires.
4. Bernard, Boyer, Perge et Mlle Gauthier-Villars. L'action ou le rôle des parathyroïdes dans l'ostéose cancéreuse diffuse. *Presse Médicale* 1935, p. 1186.
5. Boyer. *Th. Paris* 1937. Ostéose cancéreuse diffuse et réaction parathyroïdienne.
6. Buisson. *Th. Lyon* 1943. Les formes osseuses des myéloses aleucémiques, myéloses aleucémiques ostéopathiques.
7. Coste. *Th. Paris* 1925. Le cancer rachidien.
8. Favre, Croizat et Guichard. La myélose aleucémique mégacaryocytaire. C. Fr. de Médecine, 1932, octobre ; *Annales de Médecine* 1934 et *Journal de Médecine de Lyon*, 1933.
9. Froment R. et Guichard. Paraplégie révélatrice d'un cancer du poumon latent. *Lyon Médical*, 11 novembre 1936, p. 508.
10. Guichard, Giraud et Ledru. Ostéomalacie et anémie pernicieuse de Biemer. *Lyon Médical*, 26 février 1939, p. 229.
11. Guichard et Gonin. Valeur séméiologique de l'érythroblastose sanguine. *Gaz. des Hôp.*, 1943, p. 37.
12. Guichard et Jeune. Les anémies spléniques (état actuel de la question). *Bull. Méd.*, 1942, p. 315.
13. Loeper, Mallarmé et Brault. L'érythroblastose cancéreuse. *Pr. Méd.*, 5 août 1939.
14. M. Lance, L. Girard, P. Lance. Les ostéoporoses et malacies du rachis chez l'adulte. Rapport au XX[e] Congrès de la Soc. d'Orthopédie. *Revue d'Orthopédie*, 1938.
15. M. Lance. L'ostéose cancéreuse. *Gaz. des Hôp.*, n° 41, mai 1938, p. 670.
16. Martin et Guichard. Les myélosarcomes. *Questions Médicales d'Actualité*, 1934.
17. Parkes Weber. *The Lancet*. Les os marmoréens.
18. Paviot et Levrat. Cancer secondaire des organes hématopoiétiques avec myélémie. *Le Sang*, 1934, p. 415.
19. Paviot, Guichard et Plauchu. Cancer secondaire des os. Les anémies cancéreuses avec myélémie. *Journal de Médecine de Lyon*, 2 janvier 1935.
20. Pétouraud. *Th. Lyon*, 1926. Le cancer rachidien.
21. Ponthus et Boudènes. *Lyon Médical*, 1935, II, p. 45. Métastases osseuses et troubles osseux paracancéreux.
22. Quenard. Le retentissement osseux secondaire des maladies sanguines primitives de l'adulte, les hémopathies ostéotropes, Lyon, 1943.
23. Riondet. *Th. Lyon* 1942. Les myéloses aleucémiques.
24. Sicard, Coste, Belot et Gastaud. Les aspects radiologiques du cancer vertébral. *Journ. de Radiologie*, 1925, p. 353.
25. Viennois. *Th. Lyon*, 1936. L'ostéose cancéreuse diffuse.

(1) Bouchut et Guichard. *Lyon Médical*, 2 juillet 1939, II, p. 12.

LE PROFESSEUR EMILE SERGENT

(1867-1943) (1)

Nous avons tous appris avec beaucoup d'émotion la mort du Professeur Sergent. Il avait été jusqu'à l'an dernier l'un des membres les plus assidus de notre société, qu'il avait présidée. Lorsque cet homme au masque énergique prenait la parole, d'une voix grave et bien timbrée, en des termes toujours clairs et d'une élégante simplicité, son autorité s'imposait. Il tenait parmi nous une grande place, qu'il s'était acquise par l'importance de ses travaux et par la noblesse de son caractère.

Il avait été l'interne de Gingeot, d'Ollivier, de du Castel, de Letulle, de Gaucher, dans le service duquel il retourna pendant son année de médaille d'or, et dont il partageait l'esprit indépendant. Il fut nommé médecin des hôpitaux en 1903. Vous savez ce que fut sa vie scientifique. Dès sa thèse, soutenue en 1895, sur les *Tubercules et Cavernes biliaires*, il montra le souci d'appliquer la méthode anatomo-clinique, de confronter toujours les symptômes et les lésions, fidèle en cela à la doctrine de Laënnec et à la tradition de la clinique française. Il ne s'en écarta jamais. Le même soin d'observation précise se retrouve dans toutes ses publications, qu'elles concernent *l'insuffisance surrénale* qu'il fut l'un des premiers à étudier avec Léon Bernard, ou la longue série de ses travaux sur les affections de l'appareil respiratoire. Faut-il rappeler devant vous ses *Etudes cliniques sur la tuberculose*, son livre sur *Syphilis et Tuberculose*, ses *Etudes cliniques et radiologiques sur les maladies de l'appareil respiratoire*, son grand atlas d'*Exploration radiologique de l'appareil respiratoire*, ses travaux sur l'*Injection intra-trachéale de lipiodol*, sur la *Tuberculose lobaire*, sur la *Tuberculose ganglio-pulmonaire du jeune adulte*, ses *Etudes*, désormais classiques, *sur les suppurations bronchiques, pulmonaires, pleurales et médiastinales et leur traitement médico-chirurgical ?* On ne peut aujourd'hui rien écrire en pneumologie sans rappeler l'œuvre de Sergent, les règles qu'il a établies, et cela qu'il s'agisse de porter un diagnostic ou un pronostic, grâce à une séméiologie exacte, ou de fixer les modalités d'un traitement et de préciser le moment propice pour une intervention.

Mais cette œuvre scientifique, vous la connaissez bien, car il n'est aucune des questions étudiées par Sergent qui n'ait été exposée et discutée ici même.

Cet homme ne fut pas seulement un grand laborieux ; il fut vraiment un chef d'école et un animateur. Il associait à ses travaux ses élèves dont beaucoup sont devenus des maîtres à leur tour ; il inspirait de nouvelles recherches ; il donnait un admirable enseignement. Il le donnait par ses écrits, avec ses ouvrages et ses articles sur la *Technique clinique médicale et la séméiologie*, sur les *Bases fondamentales de l'auscultation*, sur *Quelques vérités premières en pneumologie*, sur les *Syndromes respiratoires*, avec son livre d'*Exploration clinique médicale*, avec le grand *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée*, dont il dirigea la publication avec ses élèves Ribadeau-Dumas et Babonneix.

Cet enseignement, il le donnait plus directement à l'hôpital. Dès qu'il fut chef de service, il commença à attirer à lui les stagiaires et les plus jeunes étudiants, séduits par ce maître qui savait se mettre à leur portée et les considérait comme ses enfants. Il les instruisait, les interrogeait, les encourageait, les rudoyait, les aimait et s'en faisait aimer. Il les initiait à la clinique la plus simple et la meilleure. Aussi, sa nomination, en 1921, à la chaire de Clinique propédeutique, que

(1) Discours prononcé par M. H. Grenet, président de la Société Médicale des Hôpitaux, le 28 mai 1943.

venait de créer la ville de Paris, ne fut-elle que la consécration d'un enseignement déjà florissant.

Mais à ses élèves il apprenait quelque chose de plus. En leur donnant l'exemple de la plus haute conscience professionnelle, il leur rappelait que, pour être médecin, il ne suffit pas d'être instruit et d'être bon clinicien, mais qu'il faut encore se donner tout entier au malade, et faire son devoir en toutes circonstances, quoi qu'il puisse en coûter, — que l'honnête homme ne doit rien avoir à cacher, — que toute tractation occulte est condamnable, vérité élémentaire contre laquelle aucun sophisme ne saurait prévaloir. Il était de ceux qui estiment que lorsqu'on a quelque chose de juste ou de bon à dire ou à faire, on doit le dire ou le faire, sans s'occuper des réactions que l'on provoque. C'est ainsi qu'il prit une part ardente à la campagne contre la dichotomie : cela n'était sans doute pas du goût de tous ; peu lui importait ; il y avait un devoir à remplir, il le remplissait pleinement, vigoureusement, prêt à rendre coup pour coup. Par la lutte qu'il menait pour défendre la dignité de la médecine, par son intransigeance dès que la moralité professionnelle était en jeu, il se fit peut-être des adversaires, mais beaucoup d'amis, aussi ; et ceux qui le combattaient devaient s'incliner devant lui, devant ce rude apôtre de notre honneur. Son récent ouvrage sur la *Formation morale et intellectuelle des élites* exprime toute l'élévation de sa pensée.

Lorsque pour quelque œuvre utile on lui demandait son concours, il ne le refusait guère, car par là encore il pouvait servir. C'est ainsi qu'il siégea dans de nombreuses commissions ; il eut en particulier à s'occuper des projets de réformes des études médicales, qui lui tenaient tant à cœur. Il fit partie du comité de direction de la *Presse Médicale* et du *Journal de Médecine et de Chirurgie Pratiques*.

Grand médecin, apôtre de la moralité professionnelle, Sergent fut aussi un grand Français. Il ne négligeait rien lorsqu'il s'agissait d'honorer les gloires de notre pays, et il participa de tout son cœur à la célébration de Laënnec : il y a quelques années, il accompagna les médecins bretons en pèlerinage au cimetière de Ploaré, et fit un émouvant discours devant la pierre nue de granit noir sous laquelle repose le père de l'auscultation. Puis il multiplia les efforts pour obtenir que Laënnec eût son buste à Paris, et c'est grâce à lui que se dresse maintenant une stèle dans le square de l'ancienne Charité, près de cet amphithéâtre où professèrent Laënnec, et plus tard Sergent lui-même.

Dans les nombreuses missions qu'il remplit à l'étranger, en Italie, en Roumanie, en Yougoslavie, en Amérique du Sud, au Canada, il fut un véritable ambassadeur de la France, qu'il représenta avec éclat. Partout il a su faire aimer notre pensée, notre culture ; partout il a laissé d'impérissables souvenirs.

Lorsque dans les heures graves la patrie eut besoin de ses services, il ne compta pas et se donna tout entier. Pendant la guerre de 1914-1918, il eut à diriger le grand service du Vésinet ; consultant pour la tuberculose, il fit d'importants travaux sur les accidents respiratoires dus aux gaz de combat et sur les traumatismes du thorax ; il participa à la réglementation des pensions d'invalidité. Pendant la guerre de 1939, âgé de 72 ans, il s'offrit spontanément pour reprendre un service à Boucicaut ; quand vinrent les jours tragiques de juin 1940, profondément touché par la captivité de son gendre, le cœur brisé par les malheurs de la patrie, mais gardant une âme forte et soutenu par le sentiment du devoir, il resta à son poste, vivant complètement à l'hôpital, avec Courcoux et Georges Labey, et, suivant les termes de sa dernière citation, se dépensant, « avec une conception élevée de son rôle médical et social, jusqu'à l'extrême limite de ses forces ».

Les distinctions lui vinrent sans qu'il eût à les rechercher : professeur de clinique médicale, membre et ancien président de l'Académie de Médecine, il recevait il y a quelques jours la plaque de grand officier de la Légion d'honneur, suprême hommage rendu par le gouvernement à ce bon serviteur de notre pays.

Les honneurs qui lui furent décernés en France et à l'étranger n'altérèrent jamais sa grande simplicité. Il demeurait accessible à tous. Certains craignaient parfois son abord un peu brusque : ce n'était que le manteau sous lequel il dissimulait une exquise sensibilité, un cœur compatissant pour tous ceux qui souffraient. Combien de fois les malades qui le consultaient, confiants dans sa science, mais inquiets de son accueil, s'en sont retournés réconfortés ; avec quelle douceur cet homme, dont la rudesse apparente cachait la profonde tendresse, savait-il consoler les familles éplorées ; quelle émotion n'éprouvait-il pas lui-même devant les malheurs irréparables qu'il avait trop souvent à constater, car il était très bon.

Il menait la vie familiale la plus unie. Cet homme, qui ne s'appartenait guère, n'était jamais si heureux qu'au milieu des siens, entouré de ses petits-enfants, donnant ainsi l'exemple des vertus intimes les plus respectables.

Il est mort chrétiennement. Se sentant gravement atteint, il demanda lui-même les derniers secours de la religion ; il les reçut, suivant sa volonté, en pleine connaissance, entouré des siens. Il a passé sur la terre en faisant le bien par la parole, par l'action, par l'exemple. Il a regardé la mort en face, et a accepté sans défaillance le sacrifice suprême. Ce fut la fin d'un juste.

Puisse l'hommage ému que nous rendons aujourd'hui à sa mémoire apporter quelque consolation à Mme Sergent, à ses enfants, M. et Mme Lockhart, et à ses petits-enfants.

Pour nous, qui lui reconnaissons cette grandeur naturelle dont parle Pascal et qui dépend des qualités réelles de l'esprit, nous garderons son souvenir avec respect, avec affection, avec fierté aussi, car il fut notre honneur.

H. Grenet.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

Séance du 31 mai 1943

Sur les deux toxines sécrétées par le bacille typhique et spécialement sur la toxine entérotrope. — M. H. Vincent. — « J'ai signalé l'an dernier (séance du 2 mars 1942, voir *Gaz. Hôp.*, n° 19, 4 avril 1942, p. 189), que le bacille de la fièvre typhoïde sécrète deux toxines très actives et distinctes par leurs propriétés biologiques et leur individualité absolue. La première, la *neurotoxine*, est très fragile, hyperlabile. Elle se fixe, chez les malades, sur le système nerveux central (stupeur, délire, etc.), et provoque des symptômes analogues chez les animaux en expérience. La seconde est la *toxine entérotrope* ou *entérotoxine*. C'est cette dernière qui détermine les symptômes intestinaux chez les typhoïsants. La symptomatologie, l'évolution et le pronostic de la fièvre typhoïde sont essentiellement en rapport avec les effets (variables suivant les malades et surtout suivant la race microbienne infectante) de ces deux toxines.

La toxine entérotrope est beaucoup plus stable que la neurotoxine. Elle est détruite à 80°-85°. On peut la purifier à l'aide de techniques spéciales. Ce qu'il importe de noter, c'est que son inoculation, indépendamment de la présence du bacille, détermine chez les animaux la mort rapide (entre huit à vingt-quatre heures suivant la dose injectée), avec *les mêmes symptômes* et les *mêmes lésions* qu'on observe dans la fièvre typhoïde humaine : diarrhée, météorisme, douleur abdominale ; congestion vive de l'intestin grêle, plaques de Peyer saillantes et rouges, parfois ulcérées, etc. Il convient d'insister particulièrement sur les lésions des capsules surrénales atteintes de congestion parfois énorme, à l'examen macroscopique ou microscopique. Quand la mort est rapide, la surrénalite est même la seule lésion observée. *La fixation également élective de l'entérotoxine typhoïdique sur les capsules surrénales* (dont les fonctions physiologiques sont si importantes) *tient une grande place dans la symptomatologie et dans l'évolution de la maladie*, chez l'homme et chez les animaux en expérience, *et intervient pour une grande part dans leur mort.*

Cet ensemble morbide est constaté chez le cobaye quel que soit le siège de l'injection de la toxine (peau, péritoine, veine, cerveau), ce qui montre le tropisme électif de ce poison microbien.

La vaccination de l'animal contre la toxine entérotrope ne l'immunise pas contre la toxine neurotrope, ce qui confirme leur indépendance respective. *La fièvre typhoïde est essentiellement une maladie d'intoxication.* »

Election. — M. Gaston Ramon, de l'Institut Pasteur, membre de l'Académie de Médecine est élu membre libre en remplacement de M. Jules, Louis Breton, décédé.

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 18 mai 1943

M. le Président annonce le décès de M. Dominguez (de la Havane), associé étranger.

A propos du procès-verbal. — M. Cunéo demande à l'Académie de nommer une commission pour l'étude des lunettes à foyers multiples présentées dans la dernière séance. MM. Lapicque, Rouvillois, Cunéo et Veau sont nommés membres de cette commission.

Néphrose lipoïdique pure chez une fille de deux ans. Amélioration rapide. Guérison contrôlée pendant huit années. — MM. Nobécourt et Briskas.

L'acide urique n'est pas la cause de la goutte. — M. Noël Fiessinger s'appuyant sur la fréquence de l'uricémie sans aucune manifestation gouteuse, sur le fait que l'attaque de goutte ne traduit pas une surcharge articulaire d'acide urique, et que le tophus, le dépôt d'acide urique est secondaire et tardif, considère que l'attaque de goutte est due à une hyperergie articulaire purinopexique et que l'uricémie du goutteux apparaît comme le témoin secondaire d'un métabolisme partiellement satisfait. Ainsi l'acide urique, aussi bien dans le sang qu'au niveau des articulations, est le produit mort de l'attaque de goutte.

Le service médico-social. — MM. S. des Cilleuls et Moynies présentent une note au sujet du service médico-social d'une région militaire. Ils exposent les excellents résultats obtenus après un an et demi de fonctionnement.

Le poids actuel des travailleurs. — M. Feil résumant les observations faites sur 750 ouvriers dont 250 femmes conclut que si, d'une façon générale, les ouvriers d'usine, hommes robustes et bien portants résistent assez bien à une baisse de poids même prononcée, celle-ci risque d'entraîner des conséquences graves chez les sujets déficients et particulièrement les prétuberculeux.

Ordre des Médecins. — L'Académie désigne M. Brouardel pour la représenter au Conseil National de l'Ordre des Médecins.

Séance du 25 mai 1943

M. le Président fait part du décès de M. Emile Sergent, ancien président.

L'asthénie de l'insuffisance surrénale expérimentale et son traitement par la cortine (présentation d'un film d'enseignement). — MM. Léon Binet et D. Bargeton. — L'asthénie est sans doute parmi les manifestations de la maladie d'Addison la plus frappante et celle qui a

suscité le plus de travaux (recherches classiques de J.-P. Langlois, étude récente de Ingle). La fatigabilité de l'animal surrénalectomisé et la restauration d'une capacité de travail normal sous l'influence de l'hormone corticale, l'utilisation des tests de travail pour le dosage biologique de la cortine ont fourni à M. Binet et à M. Bargeton l'objet de réaliser un beau film qui sera fort utile à l'enseignement.

L'acétonurie, symptôme des pancréatites. — M. H. Herdino (présentation par M. H. Vincent). — Les processus infectieux peuvent donner lieu à l'apparition de l'acétonurie, apparition brusque ou progressive, laquelle a pour origine la pancréatite aiguë ou fruste, due à l'influence des toxines microbiennes sur l'organe sécréteur d'insuline.

M. H. Herding a, en particulier, observé, à la suite de l'opération d'appendicite, l'apparition de symptômes nerveux graves, rappelant la méningite et accompagnés de diarrhée. Tous ces symptômes disparaissaient sous l'influence du traitement par l'insuline.

Il cite également des cas de pancréatite avec acétonurie, survenus après l'accouchement ou après une staphylococcémie, au cours de la colibacillose urinaire, etc., ou sans cause appréciable, et qui ont guéri ou ont été très améliorés par l'insulinothérapie.

Il signale l'existence, au cours de la maladie, d'une sensibilité douloureuse du pancréas ; l'organe est parfois perceptible en raison de l'amaigrissement des sujets. On la rattache à tort à une douleur de l'estomac. Le traitement par l'insuline favorise la guérison de la pancréatite elle-même en même temps que celle de l'acétonurie qui résulte de celle-ci.

A propos des chronaxies neuro-musculaires de la langue. Chronaxie normale des muscles lingual supérieur et lingual inférieur. — M. Bourguignon.

Sur le taux de la morbidité tuberculeuse actuelle. — M. Jean Troisier.

Séance du 1er juin 1943

Rapports. — M. Martel, au nom de la Commission du rationnement alimentaire, fait voter un vœu demandant le maintien de l'interdiction des antiseptiques dans les *jus de fruits* et demandant notamment que le consommateur appelé à consommer des jus traités par l'anhydride sulfureux — antiseptique indésirable — soit mis au courant du procédé employé. Enfin, le vœu rappelle que le froid artificiel est le procédé respectant le plus l'intégrité du jus de fruit, il mérite d'être retenu.

M. Martel apporte un deuxième rapport sur l'*emploi des ferments dans la fabrication de la charcuterie.*

La recrudescence de l'oxalurie. — M. Lœper. — L'oxalémie et l'oxalurie semblent plus fréquentes dans cette période de restriction alimentaire. Cette fréquence tient à l'excès de notre alimentation végétale et hydrocarbonée, l'oxalémie étant une goutte hydrocarbonée. L'excès d'acide oxalique sanguin et urinaire accompagne d'ailleurs l'indigestion intestinales et le météorisme.

Le traitement se réduit à quatre indications principales : réduire l'alimentation hydrocarbonée, mais cela n'est guère possible, puisqu'elle est aujourd'hui la base de notre régime ; augmenter la digestion intestinale des farineux par l'amylodiastase et les extraits pancréatiques et cela est encore malaisé, puisque nous manquons d'extraits pancréatiques ; alcaliniser l'intestin pour rendre inabsorbable l'oxalate de chaux et cela est plus facile ; accroître, enfin, l'élimination des hydrocarbonés dans l'organisme et dans les tissus par des excitants du foie, comme l'artichaut et aussi par deux vitamines, la vitamine B_2 et la vitamine P P, parfois par l'Insuline.

Transmission en série, à la souris blanche, de la syphilis cliniquement inapparente. — MM. Levaditi et H. Noury.

Contribution à l'étude d'une dermatomycose trichophytique des bovidés nommée vulgairement : « Anders ». — MM. A. et R. Sartory et F. Kocher.

Etude expérimentale de la durée de la résistance antituberculeuse conférée par le B. C. G. administré par scarifications cutanées. — MM. Négre et Bretey. (Présentation faite par M. Trefouel).

Election de deux membres correspondants dans la 11e division (chirurgie et spécialités chirurgicales). — Classement des candidats : en première ligne, MM. Anderodias (de Bordeaux) et Fiolle (de Marseille) ; en seconde ligne, *ex-æquo*, et par ordre alphabétique : MM. Auvigne (de Nantes), Billet (de Lille), Lepoutre (de Lille), Papin (de Bordeaux), Villard (de Lyon) ; adjoint par l'Académie à M. Laffon (d'Alger).

MM. Anderodias et Jean Fiolle sont élus.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 12 mai 1943

Invagination iléo-cœcale chez une femme de 72 ans. Hémicolectomie droite en un temps. Guérison. — M. Desorgher. — M. Mialaret, rapporteur.

A propos de fistules jéjuno-coliques. — M. Simeon. — M. Wilmoth, rapporteur.

Insufflation rectale d'air comprimé ayant nécessité une résection totale du sigmoïde. Rétablissement secondaire de la continuité par invagination colo-rectale. Guérison sans incident. — MM. Ch. Pierra, J. Quénu.

A propos des fistules jéjuno-coliques. — M. Simeon. — M. Wilment une importante augmentation du nombre des hernies étranglées. Il estime que le seul traitement en cas de sphacèle est la résection large de l'anse malade sauf lorsqu'on se trouve en présence d'un phlegmon herniaire.

M. Rudler en se basant sur 18 observations personnelles estime que la difficulté réside souvent dans l'impossibilité d'extérioriser largement l'intestin pour en faire la résection. La voie d'abord a donc une grosse importance.

M. Richard recommande d'entrer d'emblée dans la cavité péritonéale pour se rendre compte des lésions.

M. Moulonguet se demande si, en cas de phlegmon herniaire ou d'anse intestinale sphacélé, il n'y aurait pas intérêt à faire d'emblée une laparotomie et une anastomose latérale entre deux anses intestinales.

M. Picot a eu l'occasion d'utiliser quatre fois une technique analogue et a obtenu quatre succès.

Présentation d'un appareil de repérage radiologique des projectiles. — M. Chaussé. — Rapport de M. Cadenat.

La place des fractures méconnues du rachis dans la pathologie des sciatiques. — M. Sicard insiste sur la fréquence relative des fractures des apophyses articulaires et de l'intérêt de leur traitement par laminectomie.

Ténoplastie à la soie. Présentation de malade. — M. Boppe.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 7 mai 1943

Modifications apportées à l'épreuve de diurèse provoquée par l'ingestion simultanée de chlorure de sodium. — MM. Decourt, Brault et Verliac. — A l'état physiologique, l'ingestion de sel, associée à l'ingestion d'eau, réduit la diurèse aqueuse ; la diminution de volume des urines est proportionnelle à la quantité de sel ingérée : les faits rapportés permettent de chiffrer de façon précise le degré de la rétention hydrochlorurée dans des conditions expérimentales déterminées et d'étudier les cas pathologiques.

Troubles de la régulation hydrochlorurée dans la maladie de Cushing. — MM. Decourt, Brault et Bastin. — Dans la maladie de Cushing, existe un trouble particulier de la régulation hydrochlorurée qui se traduit par une inversion du rapport nycthéméral hydrochlorurée de l'eau et du chlorure de sodium. Il est possible que le trouble primitif doive être recherché dans l'altération d'un centre nerveux commandant la régulation hydrochlorurée, dont les sécrétions hormonales ne seraient pas des agents d'exécution.

Crise hémolytique aiguë avec anémie, hémoglobinurie et azotémie mortelle. — MM. Cathala, Ch. Vaille et Milliez relatent un cas d'hémoglobinurie aiguë analogue à ceux sur lesquels M. Brulé a récemment attiré l'attention. L'examen histologique du rein montra surtout des lésions de néphrite tubulaire diffuse. Si la physiopathologie du syndrome apparaît avec netteté, il n'en est pas de même de la pathogénie : toutes les recherches toxicologiques semblent infructueuses.

Crise hémolytique avec hémoglobinurie et néphrite azotémique. Guérison. — MM. Cathala et Ch. Vaille présentent un second cas du même syndrome hémolytique avec hémoglobinurie et azotémie qu'ils ont pu examiner avec le Dr Poulain chez une fillette de 12 ans ; c'est la teinte noirâtre des urines qui a surtout attiré l'attention. Leur examen a permis de constater une albuminurie considérable de 29 gr. par litre. L'azotémie était de 2 gr. 46. Dans ce cas l'enquête étiologique s'est montrée négative. L'analyse des farines consommées par l'enfant n'a pas permis de déceler la présence de farine de fèves. On ne peut que rester réticent sur la pathogénie.

Léontiasis. Hypertrophie hypodermique congénitale de la face chez un fillette de 10 ans. — MM. R. Clement, Combes-Hamelle et Mlle Schweisguth présentent une fillette de 10 ans qui, depuis sa naissance, a un facies léonin très marqué. Le développement somatique et psychique, la vivacité, l'hypocholestérolémie et l'inefficacité du traitement thyroïdien ne sont pas en faveur d'un myxœdème. Le facies ne rappelle pas le type « gargouille » de la polydystrophie de Hurler et l'enfant n'en a pas les autres malformations. Il semble s'agir d'une hypertrophie congénitale localisée due à une dysgénèse.

Sur un cas de dysostose cranio-faciale de Crouzon avec glaucome bilatéral. — M. Naud rapporte un cas de dysostose cranio-faciale avec exophtalmie considérable. L'enfant est aveugle. L'examen radiologique montre des empreintes cérébriformes très accusées, la diminution de profondeur des cavités orbitaires, et un écrasement de la selle turcique. L'examen ophtalmoscopique permet de constater l'existence d'un glaucome infantile bilatéral avec buphtalmie. On peut se demander si la syphilis ne doit pas être incriminée à l'origine de la dysostose et du glaucome.

Fréquence de l'énurésie. Rôle du milieu social et du sexe. — Mme Roudinesco. — L'énurésie est d'autant plus fréquente que le milieu social est plus pauvre et a moins de dispositions pour les études intellectuelles. Elle est fréquente dans les antécédents des enfants qui viennent à la consultation de neuropsychiatrie infantile, plus fréquente chez les garçons que chez les filles.

Petite lacune juxta-cardiaque révélatrice d'un polyadénome gastrique avec cancérisation « in situ ». — MM. Guy Albot, A. Sicard, I. Bertrand et Le Cannet. — Observation d'un cas de polyadénome en nappe présentant une transformation histologique cancéreuse au fur et mesure de sa croissance. Ce fait permet de penser que l'adénome peut n'être qu'un stade transitoire de développement d'une tumeur maligne. La situation juxta-cardiaque de ce cancer créait une complication grave. Dans ce cas une gastrectomie très large ne conservant que la grosse tubérosité a été possible.

Suite de la Répartition des Services hospitaliers
(n° 11 du 1er juin 1943)

INDEX ALPHABÉTIQUE

1° CHEFS DE SERVICE ET ASSISTANTS (OPHTALMOLOGISTES, OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTES, ÉLECTRO-RADIOLOGISTES, STOMATOLOGIS[TES]) ; 2° CHEFS DE CLINIQUE ; 3° INTERNES ; 4° EXTERNES EN PREMIER

N. B. — *Chaque nom de cet Index est suivi d'une lettre et d'un chiffre. La lettre correspond à celle qui est placé[e] devant chaque hôpital dans le classement publié dans le précédent numéro. Le chiffre correspond au service*

Exemple : M. Salet, A-1 = Hôtel-Dieu, service de M. le Prof. Fiessinger

MÉDECINS
et assistants

Abrami J-3 et J-4.
Alajouanine, Y-2.
Albot, A-9.
Ameuille, F-2, F-3, F-4 et F-5.
Andrieu, Am.
Antonelli, F-1.
Arnous, I-3.
Aubin, Ab-1.
Aubin (Mlle), H-7.
Auzépy, T-1.
Bardin, J-1.
Bariéty, A-5.
Barnaud (Mlle) M-2.
Barrier, Ak-2.
Baussan, Am.
Bénard (René), H-5.
Bénard (Henri), A-3.
Béhassy, W-2.
Benoist, Aj-1.
Benoit, Am.
Berger, Ak-1.
Bernard (J.), Aa-9.
Bertrand - Fontaine (Mme), W-1, et W-3.
Binet, D-3.
Blanchard, Z-4.
Blanchier, M-5.
Blanchon, A-9.
Blanchy (Mlle), H-7.
Bompard, G-3.
Boquet (Mme), Ak-2.
Boudin, Y-3.
Boulin, C-7.
Bourgeois, K-1 et K-2.
Bourguignon, C-5.
Bour, C-7.
Bousser, I-12.
Bouvrain, Aj-2.
Braillon, Am.
Brandy, Am.
Brétégnier, M-4.
Brincourt, H-7.
Brisset, N-21.
Brodin, Ab-1 et Ab-3.
Brulé, G-2.
Brun du Bois Noir (de), H-13.
Brunel, M-1.
Busson, K-7.
Cachera, Ad-1 et Ad-1 *bis*.
Cachin, C-2.
Calamy, I-2.
Cans (Mme), C-5.
Carrié, G-7.
Casalta, Ak-1.
Cathala, T-1 et T2.
Catinat, C-3.
Célice, S-2.
Chabrol, C-2.
Chareire, G-6.
Charousset, X-1.
Chauveau, Ak-2.
Chevalley, E-3 et E-4.
Chevallier, J-6.
Chovelon, Am-1.
Clément, V-1.
Clément - Launay, I-15.
Cœuillez, Ak-1.
Collin, J-6.
Combes - Hamelle, V-1.
Conte, D-3.
Coste, F-6.
Cros-Decam, G-6.
Crouzatier, Am.
Crouzatier (Mme), Am.
Debré, E-1 et E-2.
Debray, A-2.
Debray, Y-1.
Decourt, C-8.
Degos, N-7 et N-8.
Dehennot (Mlle), Am-1.
Delay, Ag-1 et Y-6.
Depierre, H-7.
Derot, O-3.
Domart, I-4.
Donzelot, J-1.
Dugas, J-3.
Durand, Y-6.
Durel, Am.
Duvoir, N-3.
Eck, I-5.
Even (Roger), G-6.
Fabre, Am.
Facquet Ad ter-1.
Faroy, I-3.
Faulong, I-1.
Faure-Beaulieu, Z-3.
Fauvert, W-1.
Fauvet, F-2.
Feder (Mlle), N-21.
Fiessinger, A-1.
Flandin, N-6.
Florand, E-5.
Fahanno, Am.
Fouquet, U-2.
Fourès, Am.
Frumusan, G-1.
Gallot, Z-8.
Garcin, C-9.
Gaultier, A-1.
Gautier, I-5.
Gennes (de) Ai-1.
Gilbrun, G-2.
Gougerot, N1.
Gournay, S-2.
Guérin, I-2.
Guillain, Z-1.
Guilly, G-15.
Hagueneau, Z-4.
Harvier, F-1.
Heuyer, E-8.
Hinaut, F-2.
Houdart, G-9.
Huber, E-5.
Huguet (Mlle), I-2.
Jacob, C-5 et C-6.
Jacquelin, D-4.
Jacquet, C-4.
Janet, U-1.
Justin-Besançon, J-2 et J-10.
Kipfer, C-9.
Kourilsky, Af-1.
Kudelski, Ac-1 et F-2.
Ladet (Mlle), T-3.
Laffaille, E-7.
Lafitte, A-4.
Lambling, D-7.
Lamy, E-6.
Langle (Mme), C-5.
Laporte, S-1.
Laroche, Guy, G-3.
Léchelle, H-6.
Lecœur, G-6.
Ledoux-Lebard, Z-5.
Le Loc'h, E-3.
Lelong, X-1.
Lemaire, Z-5.
Lemierre, S-1.
Le Moniet, Am.
Lenègre, Aj-4.
Lereboullet, N-17.
Lerond, Ak-2.
Lesobre, A-5.
Lestocquoy, J-5.
Lesueur, D-2.
Lesueur (Mme), Ak-1.
Levesque, Z-2.
Lian, G-1.
Loederich, D-1.
Loeper, C-1.
Loireau, Ak-2.
Mahoudeau, Ai-1.
Mallet, V-3.
Marchal, G-5.
Julien-Marie, M-3 et V-3.
Marquézy, T3 et T4.
Masson (Mme), Am-1.
Mathivat, Aj-4.
May, G-4.
Merklen, Aj-5.
Michaux, Z-8.
Mollaret, Z-1, Z-6 et Z-14.
Monier-Vinard, M-1.
Moreau, Y-1 et Y-7.
Mouquin, C-3.
Moutier, J-2.
Netter, G-4.
Nicaud, A-4.
Nouvion, Am-1.
Odier - Dollfus (Mme), U-1.
Ollivier, G-4.
Ordonneau, Aj-3.
Paraf, I-2.
Parrot, K-3.
Pasteur Vallery - Radot, I-4.
Pautrat, Af-1.
Pécher, G-8.
Pécher (Mme), Y-2.
Pellier, Am.
Périer, C-8.
Péron, M-2.
Perrault, Aa1, Aa2, Aa5.
Perrot, Z2.
Pigeon, I-2.
Plas, C-4.
Poidevin, Ak-2.
Pollet, F-10.
Popp - Vogt (Mme), Z-3.
Poumailloux, J-5.
Poumeau - Delille, N-3.
Prieur, N-17.
Provendier (Mlle) A-2.
Pruvost, H-7 et H-8.
Rachet, K-7.
Rambert, A-3.
Ramond (Louis), H-4.
Ravina, G-8.
Raynaud, Aj-1.
Regaud, Af-1.
Renaud Ak-1.
Reveillaud, Am-1.
Ribadeau - Dumas, Z-7.
Richet, D-2.
Rivet I-1.
Ronce, Am.
Rossier, X-1.
Rouquès, Af-1.
Roux, G-7.
Royer de Véricourt, H-5.
Rubens-Duval, J-10.
Sallet, Aj-5.
Salmon, J-10.
Sauvé, M-4.
Scherrer (Mlle), C-5.
Seringe, M-3.
Sézary, N-2.
Sèze (de), Aj-3.
Soulié, Aj-2.
Soullard, D-7.
Stevenin, N-21.
Tatout, Am.
Teyssier, D-1.
Teyssier (Mme), U-2.
Thévenard, H-6.
Thiébault, B-1.
Thieffry, E-1.
Thiel, Ak-2.
Thoyer, H-7.
Thurel, Y-2.
Tinel, K-3.
Touraine, N-4.
Troisier, H-1, H-2.
Turiaf, D-4.
Turpin, V-2.
Varay, C-1.
Vialard, H-4.
Vibert, I-2.
Vincent, B-1.
Weissenbach, N-5.

CHIRURGIENS
et assistants

Adam, Ae-1.
Allart, Af-3.
Ameline, Aa3, Aa4.
Arviset, N-22.
Bac, N-12.
Banzet, Ae-1.
Barrat, N-22.
Basset, J-7.
Baudelot, N-18.
Bazy, N-10.
Beaujeard, L-1.
Berger (Jean), D-5.
Bergeret, C-11.
Bertrand, E-9.
Beuzard, H-10 (ass. méd.).
Billet, Ab-2.
Blondin, N-10.
Boisseau, T-5.
Boppe, U-3.
Boudreau, I-13.
Braine, Al-1.
Bréhier, T-7.
Brocq, A-6 et A-10.
Cadenat, C-10.
Calvet, I-8.
Cauchoix, F-7.
Charrier, I-6.
Chastang, Ab-2.
Chevrier, J-11.
Chigot, I-6.
Chigot, G-11.
Coldefy, J-7.
Cordier, O-1.
Couvelaire, F-8.
Delahaye, Ak-2.
Delinotte, N-12.
Denicker, G-17.
Desplas, N-9.
Dufour, D-6.
Durand (H.), N-12.
Escalier, G-15.
Fayot, D-8.
Fèvre, N-22.
Fly, F-8.
Funck - Brentano, C-10.
Garnier, U-3.
Gatellier, Ab-1.
Gaudart d'Allaines (de), J-8.
Gérard - Marchant, H-9 et H-14.
Giret, Af-3.
Gibert, Aa-3.
Girode, H-9 et H-14.
Gosset (Jean), A-6.
Gouverneur, D-6.
Grenet, U-5.
Guénin, I-7.
Gueullette, A-6.
Guillaume, Z-7.
Guimbellot, K-4, K-8.
Hepp, C-11.
Huard, L-1.
Huet, E-11.
Huguier, E-11.
Hurez, E-8.
Jammet (Mlle), E-6.
Lance (P.), Ae-1.
Laplane, T-7.
Laurence, E-9.
Léger, Z-7.
Leuret, X-2.
Leveuf, E-9 et E-10.
Lortat-Jacob, N-10.
Mathey, G-10.
Mathieu, F-9.
Maurer, G-10.
Mauric, I-17.
Meillère, H-9.
Ménégaux, F-11.
Merle d'Aubigné, F-7.
Mialaret, D-5.
Michon N-12 et N-13.
Mocquot, O1 et O2.
Mondor, Z7, Z9 et Z-10.
Monod (O.), H-10.
Monod (Raoul), N-11
Monod (Robert), H-10.
Mouchet, Y-4.
Moulonguet, G-11 et G-19.
Neyraud, N-9.
Oberlin, Ah-1.
Orsoni, Y-4.
Padovani, F-9.
Papaioannou, E-14 et E-15.
Patel, J-8.
Pergola, J-11.
Petit, X-2.
Petit-Dutaillis, I-7.
Picot, N-18.
Quénu, F-7 et F-11.
Richard, Af-3.
Roudinesco (Mme), E-14.
Rouhier, D-8.
Rouvillois, Ah-1.
Roux, L-1.
Sabourin, U-3.
Sauvage, G-10.
Sauvé, M-6.
Seillé, K-4.
Sénèque, L-1.
Sicard, Z-7.
Sorrel, T-5.
Sorrel - Déjerine (Mme), T-5.
Soupault, W-2 et W-4.
Tisserand (Mlle), V-2.
Toupet, Y-4 et Y-5.
Vette, Z-7.
Verne, G-11.
Viala, G-17.
Vuillième, N-11.
Walther, I-13.
Wilmoth, I-8.

ACCOUCHEURS
et assistants

Bidoire, A-7.
Bigey, G-12.
Cleisz, A-7.
Couinaud, U-4.
Couvelaire, Q-1.
Desnoyers, I-9.
Devraigne, N-14.
Dignonnet, G-12.
Ecalle, K-5.
Héraux, P-1.
Lacomme, P-1.
Landrieu, X-3.
Lantuéjoul, U-4.
Lepage, Q-1.
Levy-Solal, C-12.
Morin, C-12.
Plichet, P-1.
Portes, R-1.
Ravina, N-14.
Suzor, K-5.
Thoyer-Rozat, I-9.
Varangot, R-1.
Vignes, X-3.

OPHTALMOLOGISTES
et assistants

Bollack, G-14.
Bourdier, H-12.
Bricage, H-12 et M-8.
Decorps, C-8.
Delthil (Mme), G-14.
Deschamps, O-13.
Desprès, N-16.
Desvignes, M-8.
Dubar, L-5.
Dubois, H-12.
Ducroix, O-13.
Dumont, I-11.
Dupuy - Dutemps, I-11.
Dollfus, T-8.
Favory, C-8.
Hallot-Boyer, H-12.
Hudelo, Y-8.
Joseph, A-8.
Jourdy, O-13.
Lelièvre, F-12.
Marmier, E-13.
Maussion, Y-8.
Monbrun, E-13.
Odic (Mlle), G-14.
Offret, A-8.
Parfonry, N-16.
Pérol (Mme), T-8.
Prélat, I-11.
Prudhommeaux, A-f.
Renard, F-12.
Schauwing (Mlle), C-8.
Sénéchal, I-11.
Thévenot, N-16.
Tran Ba Huy, C-8.
Valroff (Mlle), H-12.
Velter, A-8.
Voisin, Ab-6.

OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTES

et assistants

Aubin, J-9.
Aubry, M-7.
Baldenweck, H-11.
Bérard, C-13.
Bernardini, M-7.
Bory, H-11.
Bouchet, N-15.
Bouger, H-11.
Bourgeois, V-4.
Buneau, C-13.
Chatellier, G-13.
Chevalier, I-10.
Clerc, J-9.
Cochard, C-13.
Debain, N-15.
Deflinne, M-7.
Eyriès, F-15.
Flon, J-9.
Fouquet, N-15.
Franck, V-4.
Giraud, K-6.
Granet, Am-2.
Halphen, C-13.
Jourdan, C-13.
Lallemant, U-6.
Lapiné, H-11.
Lefèvre, Y-10.
Lemariey, T-6.
Lemoine, T-6.
Le Pavec, N-15.
Leroux, I-10.
Leroux-Robert, S-3.
Loiseau, I-10.
Magnien, G-13.
Maillard, T-6.
Maspetiol, F-15.
Miégeville, L-4.
Moulonguet, K-6.
Ombrédanne, C-13.
Pigache, N-15.
Pouquet, G-13.
Raimbault, H-11.
Ramadier, F-15.
Rémy-Néris, Ab-7 et G-13.
Rouget, T-6.
Roulin, K-6.
Schauving (Mlle), I-10.
Sergent, T-6.
Sergent (Mme), T-6.
Soulas, H-11.

ELECTRO-RADIOLOGISTES

et assistants

Aimé, X-4.
Aubert, G-18.
Beau, O-4.
Bellin, J-14.
Bernard, E-16.
Boudaghian, C-18.
Busy, Aa-6.
Chambonnet, G-18.
Chenilleau, I-18.
Coliez, D-10.
Cottenot, N-20.
Dariaux, F-13.
Desgrez, Ab-5.
Dubois, F-13.
Duchamp, Z-12.
Dupouy, Ae-2.
Falcoz, I-18.
Godefroy, G-18.
Gilles (Mme), C-18.
Gilson, D-10.
Girard, I-18.
Guilbert, H-15.
Humbert, Z-12.
Joly, K-10.
Lagarenne, A-12.
Ledoux - Lebard, Z-12.
Lepennctier, G-18.
Lomon, E-16.
Marchand, W-5.
Montmignaut, F-13.
Ordioni, V-5.
Pierquin, C-18.
Piot, U-7.
Porcher, C-18.
Thoyer-Rozat, J-12.
Truchot, Y-11.
Villebrun, E-16.

ROENTGEN-THERAPIE

Coliez, D-11.

HYDRO-THERMOTHERAPIE

Justin - Besançon, J-13.
Duhem, A-13.

STOMATOLOGISTES

adjoints et assistants

Bataille, C-17.
Bertrand, Z-11.
Bornet (Mme), Ab-8.
Bornet, Z-11.
Boschatel, I-16.
Bourdial, Y-10.
Cernéa (Mme), A-11.
Cernéa, N-19.
Chaput (Mme), G-16.
Crocquefer, J-11.
Darcissac, H-13.
Fleury, I-14 et I-16.
Friez, A-11.
Fromaigeat, D-9.
Fruton (Mlle), Aa-7.
Gornouec, D-9.
Henault, L-2.
Hennion, C-17.
Houzeau, Y-9.
Izard, I-8.
Lacaisse, Z-11.
Lacronique, G-16.
Lambert, P-9.
Latte, F-14.
Lebourg, T-9.
Lepoivre, D-9.
Maleplate, H-13.
Malingre, N-19.
Mercat, J-11.
Mesnard, I-16.
Papillon - Léage (Mme), K-9.
Parant, P-9.
Raison, A-11.
Richard, N-19.
Thibaut, C-17.
Valtat, H-13.
Varigot, Am-3.
Vrasse, F-14.

CHEFS DE LABORATOIRE

moniteurs et préparateurs

Albot, Q-1.
Bagros, N-1.
Barbier, J-2.
Bariéty, H-1.
Barraut, F-1.
Berdet, B-1.
Bertrand, Z-1.
Bourgeois (Mme), J-2.
Bousser, I-4.
Boy (Mlle), E-9.
Brunet, J-2.
Busser, F-8.
Cachera, J-2.
Coquoin (Mme, A-1.
Costil, E-1.
Cottret, C-1.
Couchoux (Mme), (moniteur), E-1.
David (Mme), C-1.
Debain (Mme), Q-1.
Dechaume (moniteur), N-1.
Desgrez, N-1.
Desmonts (Mlle), C-10.
Dognon, A-1.
Duché, N-1.
Duhem (moniteur), A-1.
Duperrat, N-1.
Fallot, Z-1.
Fauvert (Mme), E-1.
Ferrier, F-8.
Feyel, A-6.
François (Mme), Z-7.
Gallais, F-1.
Gauthier - Villars (Mlle), Z-7.
Glomaud, A-1.
Gothie (Mlle), O-1.
Grollet, N-1.
Harispe, H-1.
Kohler (Mlle), H-1.
Laur (Mlle), A-1.
Lance (P.), F-9.
Lavergne, F-1.
Lebert (Mlle), F-8.
Lereboullet, Z-1.
Lesure, C-1.
Mallarmé, C-1.
Marceron, N-1.
Mathieu, Z-1.
Mauric, I-4.
Merklen, A-1.
Moricard, O-1.
Palmer, O-1.
Pègle, N-1.
Reilly, S-1.
Roux, A-1.
Tabone, I-4.
Thiébaut, F-1.
Traverse (de) F-1.
Vaillé, T-1.
Wattez, I-4.

CHEFS DE CLINIQUE

et adjoints

Adam, E-9.
Bellin, J-2.
Blanchard, J-2.
Boissonnat, E-9.
Bolgert, J-2.
Bonnenfant (Mme), E-1.
Boulenger, C-1.
Bouteau, F-8.
Bouvier, N-1.
Brégeat, A-8.
Bret, Q-1.
Brissaud, H-1.
Brocq, A-6.
Chalochet, F-7.
Champeau, Z-7.
Chassagne, C-1.
Chevallier, J-1.
Claisse I-4.
Cler, T-1.
Cordet, J-2.
Daum, B-1.
Darricau, A-6.
Debeyre, Z-7.
Delzant, N-1.
Domar, I-4.
Droguet, Z-1.
Dupuy, A-1.
Genevrier, H-1.
Gerbeaux, E-1.
Gras, T1.
Grenet, T-1.
Grossiord, Z-1.
Guénon des Mesnards, O-1.
Guillemin, J-1.
Inbona, J-2.
Jacquot, S-1.
Jamain, P-1.
Judet, F-9.
Lacorne, H-1.
Lajouanine, A-1.
Lamotte, A-1.
Lamotte (Mme), H-1.
Lascaux, F-9.
Laurence, E-9.
Lecœur, E-9.
Lecœur, J-2.
Ledoux-Lebard, A-1.
Léger, Z-7.
Lepintre, S-1.
Livory, R-1.
Lotte (Mlle), S-1.
Mande, E-1.
Martinet, Z-7.
Monsaingeon, C-10.
Morel, C-10.
Morin, S-1.
Mozziconacci, C-1.
Nardi, Z-7.
Neveu, R-1.
Nouaille, J-1.
Oemichen (Mlle), E-1.
Olivier, Z-7.
Pertus, F-8.
Philippe, B-1.
Placa, B-1. (A titre étranger.)
Provendier (Mlle) T-1.
Robey, R-1.
Rogé, Z-1.
Rousset, Q-1.
Rouzaud, Z-1.
Sagaut, F-7.
Schaefer, F-9.
Siguier (Mme), P-1.
Tardieu, B-1.
Thomeret, F-7.
Thorel, N-1.
Tiffeneau, A-1.
Trotot, B-1.
Verne, C-10.
Vincent, A-6.
Welti, I-4.

INTERNES

Adam, G-6.
Albahary, Y-1.
Alhomme, G-4.
Alison X-1.
Amelin, H-6.
André G-13.
Ardouin, E-13.
Audoly F-1.
Aupinel, C-11.
Auquier, J-3.
Aurégan, F-7.
Aurenche, K-6.
Bach, Z-4.
Bareau, H-5.
Barré, U-1.
Basset, Z-6.
Bastin, Z-6.
Bœswillwald, N-6.
Bauchard, N-10.
Baudon, Q-1.
Berger, G-1.
Bergeron, U-1.
Berthet, S-1.
Berthon, C-10.
Bessière, D-5.
Bilski-Pasquier, J-6.
Blanc, G-5.
Blancard, A-8.
Blanchon, C-2.
Bolo, N-9.
Bonvallet, D-6.
Boreau, O-1.
Bornichi, I-15.
Bouche, Ai-2.
Boudon, G-14.
Boudot, Z-9.
Bourdin, Z-2.
Bourguet, E-12.
Bourlière, V-2.
Bouttier, G-7.
Bouygues, N-3.
Braillon, Ae-1.
Brault, T-3.
Brenier, G-9.
Bricaire, Ai-1.
Brisset, C-3.
Bureau (G.), C-15.
Butet, N-11.
Cachin, T-6.
Caldier, E-4.
Callerot, V-1.
Campagne, U-3.
Camus (J.-L.), A-5.
Caplier, Aa-3.
Capron, D-4.
Carillo - Maurtua, U-3.
Carlotti, C-9.
Castaigne, T-1.
Caufment, G-9.
Chadontaud, S-2.
Chapelet, Af-3.
Chapuis, N-6.
Chartrain, S-2.
Chateau, Z-1.
Chatelin, I-8.
Choubrac, N-3.
Ciaudo, J-8.
Combet, I-3.
Compagnon, F-8.
Cotillon, C-11.
Couade, H-10.
Couder, H-10.
Courchet, J-2.
Courjaret, J-2.
Courtenay - Mayers, N-7.
Coury, Y-2.
Cousin (Mlle), M-1.
Crépin, I-7.
Cuvereaux, K-7.
Dailly, A-4.
Danel, H-4.
Dariel, H-4.
Damion, E-3.
Danset, F-4.
Darris, Ah-1.
Daumet, H-7.
Davy, F-6.
Debost, C-11.
Debusschère, H-9.
Delater, H-15.
Delatour, F-7.
Delouche, D-6.
Demassieux, N-5.
Demassieux (Mme), E-14.
Denisart, Ae-1.
Denizet, G-10.
Deprez, A-1.
Desfosses, K-8.
Deslandes, T-4.
Devimeux, Af-3.
Doumic (Mlle), E-6.
Dubel, I-3.
Dubois, Ab-1.
Dubost, A-6.
Ducournau, G-8.
Dufourmentel, C-10.
Duhamel (Georges), C-10.
Duhamel (Gérard), C-7.
Durand (Maurice), U-5.
Durand (Claude), E-5.
Durupt, Y-6.
Ebstein, E-12.
Edelmann, D-5.
Enel, E-11.
Estève, W-2.
Etienne, E-11.
Eudel, F-9.
Feffer, I-5.
Fenelon, L-1.
Ferrand, I-5.
Flabeau, X-2.
Forest, Aj-5.
Fortin, S-1.
François, N-4.
Fronville, G-9.
Galand, E-12.
Galmiche, M-2.
Gandrille, A-6.
Garrigues, T-5.
Gauthey, N-22.
Gerbaux, Y-1.
Germain, E-9.

Girauld, N-5.
Godlewski (Stanislas), H-7.
Godlewsky (Guy), D-2.
Gorin, C-8.
Gosset, D-1.
Gougerot (Jean), N-11.
Gougerot (Louis), D-3.
Gourey-Laffont, I-4.
Granier (Mlle), Z-8.
Granjon, R-1.
Grislain, A-1.
Guéniot, D-7.
Guimezanes, P-1.
Hadengue, N-4.
Haquet, C-13.
Haquin, G-2.
Hébert, Ab-2.
Henrot, F-15.
Hermann, Al-1.
Herst, A-6.
Hervet, D-5.
Hewitt, F-6.
Houdart, C-9.
Huber, N-15.
Isorni, F-1.
Jacquemin, K-4.
Jardel, Y-4.
Joinville, Z-10.
Jomier, Ah-1.
Joublin, J-9.
Joué, I-7.
Joussemet, F-7.
Jouve, X-2.
Kaeppelin, G-11.
Kéruzoré, K-4.
Klein, G-12.
Koupernik, A-2.
Kroff, W-2.
Küss, Z-7.
Labayle, G-13.
Lacroix, Al-1.
Lange, X-1.
Langevin, N-2.
Lanvin, M-4.
Laroche, I-4.
Lavarde, J-7.
Léandri, N-12.
Lebovici, J-6.
Le Bozec, Z-1.
Le Brigand, J-4.
Legendre, U-3.
Léger, H-9.
Legrand, U-3.
Lelièvre, N-9.
Le Lorier, N-14.
Lenoël, Y-4.
Leroy, Z-7.
Lesca, H-4.
Le Sourd (Maurice), N-2.
Le Tan Vinh, X-1.
Liénard, R-1.
Lœper, F-1.
Lolmède, Z-7.
Loubrieu, G-3.
Louveau, W-1.
Loygue, I-6.
Mage, E-11.
Magder, A-7.
Maignan, N-10.
Marche, Aj-4.
Marzet, G-11.
Mathey, C-1.
Mattei, Ab-2.
Maurice, Aj-4.
Mercadier, A-6.
Michon, L-1.
Mignot, K-3.
Minkowski, E-2.
Monghal (Mlle) O-3.
Monié, X-3.
Monod, Ab-2.
Morer, Ae-1.
Mouret, A-7.
Mouton, E-9.
Musset, A-13.
Nalpas, G-6.
Noufflard (Mlle), C-1.
Œlnistz (d'), G-4.
Oudot, E-9.
Paley (Jean), I-8.
Paley (Pierre), Z-5.
Paraf, J-1.
Parsy, G-13.
Pergola, N-7.
Pérol, F-7.
Perrier, J-1.
Perrotin, N-22.
Pestel, Aj-2.
Petit, N-11.
Piguet, V-2.
Pluvinage, B-1.
Pointeau, J-8.
Poissonnet, Y-4.
Polliot, N-16.
Poncet, S-3.
Poulain, K-4.
Poussier, O-1.
Prochiantz, I-7.
Pruvot, N-12.
Pujol, Aa-3.
Pujol (Mme), I-11.
Queneau, Af-3.
Quéret (Mlle), C-5.
Ramadier, M-4.
Raymond, T-5.
Raynaud, F-8.
Renaud, W-1.
Renault, F-2.
René, N-10.
Reynaud, Ai-2.
Richet, Y-2.
Ristelhueber, U-2.
Robbes (Mme), N-1.
Roger, Z-4.
Rognon, L-1.
Roman, J-3.
Rometti, Ah-1.
Ronsin, G-11.
Rosey, Y-1.
Rouault, F-1.
Rouget, I-10.
Roy, I-6.
Royer, E-1.
Ruel, Aj-2.
Salet, A-1.
Salinési, O-1.
Saltet de Sablet, C-4.
Scherrer, J-2.
Schneider, Q-1.
Schweisguth (Mlle), V-1.
Sclafer, B-1.
Sénécal, Ai-1.
Sevileano, I-4.
Seyer, J-8.
Sicard, Z-1.
Simon, J-10.
Soulier, X-1.
Staub, F-7.
Taptas, C-11.
Toufesco, C-14.
Tétreau, T-7.
Thierry, T-5.
Tiret, T-2.
Tixier, J-7.
Torre, N-14.
Tostivint, N-9.
Toulouse, N-20.
Toupet, Y-4.
Tournier, K-1.
Tran van Hoa, N-22.
Trémolières, A-3.
Tricot, S-1.
Toulou, H-11.
Umdenstock, M-3.
Vaysse, F-13.
Verliac, Z-2.
Verriez, S-1.
Verstraëte, F-9.
Veyrières, I-6.
Xambeu, I-8.
Weill, E-8.
Weyl, P-1.
Wetterwald, Z-13.
Wintrebert, D-6.
Woimant (G.), J-7.
Wolfromm, J-2.

Un certain nombre d'internes titulaires occupent des places d'externes en premier et réciproquement.

EXTERNES EN PREMIER

Arnaud, E-15.
Aurousseau, Af-2.
Barbet, A-8
Benezech, A-14.
Benoit, Ad-1.
Bertrand, Af-2.
Blondé, N-21.
Bourgeois (Mlle), Aa-1.
Buhot, A-9.
Canivet, X-3.
Canlorbe, Af-1.
Carreau, Af-2.
Cazes, Z-3.
Chevillotte, Af-1.
Chevrolle, Z-3.
Courtin, Af-2.
Denis, M-5.
Delagarde, G-12.
Delatre, Ak-2.
Dessertenne, J-5.
Durupt, Y-6.
Faurel, G-10.
Forgeois, G-10.
Fossier (Mlle), Ak-2.
Fourdinier, Ad *bis*.
Galey, J-5.
Galland, Ak-2.
Garnier (Mlle), I-9.
Gaulard, Ak-2.
Gouinguenet, Ak-2.
Grabois, Ak-2.
Guéraud, I-1.
Guez, Ak-2.
Guinard, Aa-5.
Guy, N-6.
Habas, Aa-9.
Hans, Af-1.
Hardel, H-1.
Hartmann, T-7.
Hervan, Ak-1.
Hiverlet, U-4.
Lacourbe, Z-12.
Lafourcade, N-21.
Lallemand, I-2.
Lallemant, O-2.
Lamy, D-11.
Larmoyez (Mlle), Af-1.
Le Brigand, E-10.
Leddet, K-5.
Léger, Aa-1.
Le Naour, Ak-2.
Liénard, R-1.
Loubry, I-2.
Maigne, Y-3.
Martin, C-12.
Mouzon, C-18.
Nebout, Aj-1.
Pauleau, Ak-1.
Perrier, F-10.
Picard, K-5.
Pichon, H-13.
Pichot, H-12.
Piérart, F-3.
Poirier, Ad-1 *ter*.
Poulet, Z-5.
Rainaut, I-12.
Rathery, Ab-3.
Raulin, Ak-2.
Rousseau, G-15.
Sarrazin, Aj-1.
Saulnier (Mlle), W-3.
Savaton (Mlle), I-1.
Seibel, Ak-1.
Sirot, C-12.
Sors, Aa-5.
Spriet, N-17.
Stagé, B-1.
Woimant, U-4.
Zadikian, I-9.

(Suite de la page 178)

Loire. — Titulaires : MM. André Bérard (Saint-Etienne), Mandy (Saint-Etienne), Gignoux (Saint-Etienne), Vitaut (Charlieu), Barret (Saint-Etienne), Lemonnier (Roanne), L. Favre (Saint-Etienne), Deumie (Saint-Etienne), Bolet (Saint-Etienne). — Suppléants : MM. Cochet-Balmet (Saint-Etienne), Perron (Saint-Etienne), Dujol (Saint-Etienne).

Loire-Inférieure. — Titulaires : MM. Giroire (Nantes), Auvigné (Nantes), Favreul (Nantes), Joubert (Nantes), Chauveau (Ancenis), Baron (Nantes), Charbonnel (Nantes), Clenet (Nort-sur-Erdre), Bernou (Châteaubriant). — Suppléants : MM. Thoby (Nantes), Gaudicheau (Nantes), Poumier (Nantes).

Loir-et-Cher. — Titulaires : MM. Montagne (Cour-Cheverny), Penot (Blois), Gamard (Montoire), Chevallier (Vendôme), Luzuy (Blois), Loiseau (Champigny). — Suppléants : MM. Mornet Blois), Lefranc (Blois), Audy (Huisseaux-sur-Cosson).

Loire (Haute-). — Titulaires : MM. de Morangies (Le Puy), de Mourgues (Le Puy), Jalenques (Brioude), Manissolle (Yssingeaux), Bonnet (Le Puy), Maleysson (Le Puy). — Suppléants : MM. Denise (Le Puy), Durand (Le Puy), Kaeppelin (Le Puy).

Loiret. — Titulaires : MM. Auboyer-Treuille (Orléans), Mezie (Orléans), Caillaud (Orléans), Marre (Orléans), Fournie (Orléans), Falaize (Orléans), Chevereau (Orléans), Luizy (Orléans), Merry (Gien). — Suppléants : MM. Nandrot (Montargis), Delalande (Orléans), Simonin (Orléans).

Lot. — Titulaires : MM. Redoulès (Saint-Germain), Rougier (Cahors), Roudie (Figeac), Besse Cahors), Ayrolles (Bretenoux), Segala (Cahors). — Suppléants : MM. Souilhe (Gramat), Cambornac (Salviac), Issaly (Figeac).

Lot-et-Garonne. — Titulaires : MM. Corcelle (Agen), Dezos (Agen), Guy (Villeneuve), Albert Valat (Agen), Delmas (Agen), Du Sault (Port-de-Penne) Reillac (Clairac), J. Valat (Lavardac), Esquirol fils (Agen). — Suppléants : MM. Lautier (Castelmoron), Bried (Agen), Le Bayon (Gex).

Lozère. — Titulaires : MM. Morel (Mende), Joly (Mende), Constans (Mende), Almeras (Villefort), Hugonnet (Mende), Gourdon (Saint-Chély-d'Apcher). — Suppléants. — MM. Maury (Florac), Vincens (Saint-Chély-d'Apcher), Mlle de Gaudin de La Grange (Mende).

Maine-et-Loire. — Titulaires : MM. Desvaux fils (Angers), Bigot (Angers), Testard (Angers), Leroy (Angers), Clasier (Angers), Gaignard (Chalonnes-sur-Loire, Dénéchau (Angers), Naulleau (Angers), Gory (Denée). — Suppléants : MM. Amsler (Angers), Ménard (Bécon-les-Granits), Mary (Brissac).

Manche. — Titulaires : MM. Viel (Cherbourg), Guillard (Coutances), Vesval (Granville), Beschet (Avranches), Bourdou (Saint-Lô), Le Gendre (Mortain), Gallegary (Cherbourg), de Fontbonne (Saint-Sauveur-le-Vicomte), Lefèvre (Cerisy-la-Forêt). — Suppléants : MM. Rapilly (Bréal), Chavin (Saint-Lô), Le Bunetel (Cherbourg).

Marne. — Titulaires : MM. Railliet (Reims), Priollet (Châlons-sur-Marne), Baye (Damery), Bouvier (Reims), Quentin (Reims), Guénard (Epernay), Jacquinet (Reims), Pellot (Epernay), Blérad (Epernay). — Suppléants : MM. Rimbert (Rilly-la-Montagne) Ledoux (Reims), Dubois de Montreynaud (Reims).

Haute-Marne. — Titulaires : MM. Molly (Bourbonne-les-Bains), Sommelet père (Arc-en-Barrois, Picot (Chaumont), Dautrey (Vignory), Cavalier (Langres), Chardin (Saint-Dizier). — Suppléants : MM. Bonnet (Chaumont), Maillefert (Chalindrey), Mistarlet (Chaumont).

Mayenne. — Titulaires. — MM. Cœuillez (Mayenne), Le Basser (Laval), Amaudrut (Laval), Queinnec (Laval), Lefèvre (Château-Gontier), Aubin (Laval). — Suppléants : MM. Daniel (Gorron), Mer (Laval), Corlay (Mayenne).

Meurthe-et-Moselle. — Titulaires : MM. de Vezeaux de Lavergne (Nancy), Mathieu (Nancy), Bodart (Nancy), Mutel (Nancy), Gerbaut (Nancy), Hamant (Nancy), Perrin (Nancy), Guibal (Nancy), Rothan (Toul). — Suppléants : MM. Corret (Nancy) Aweng (Jœuf), Tabellion (Saint-Nicolas).

(A suivre.)

LIVRES NOUVEAUX

Feuillets cliniques (Notes sur le diagnostic, la radiologie pratique, le traitement au lit du malade), par Charles Mattei, professeur de clinique médicale à la Faculté de Médecine de Marseille, médecin des Hôpitaux. Un volume de 878 pages avec 224 figures et 9 planches doubles. Prix : 400 francs. — Masson et Cie, éditeurs, Paris, 1942.

Sous le titre de « Feuillets cliniques », le professeur Mattei fait paraître un véritable « Traité de clinique médicale » dans lequel la plupart des cas cliniques qui intéressent la pratique médicale ont été traités.

Professeur et clinicien, convaincu que l'épreuve clinique si importante aux divers degrés des études médicales ne se termine pas avec le dernier examen de la Faculté et que pour le médecin elle dure toute la vie, il apporte à l'étudiant et au praticien une étude de faits concrets exposés d'une manière simple et brève et nourrie des observations faites sur le malade.

Il leur offre des notions immédiatement utilisables dans la pratique journalière et cela sous une forme qui unit logiquement les symptômes, l'aspect radiologique, leur diagnostic, puis le pronostic et le traitement qui en découlent.

Le corps médical devant la médecine sociale, par le Dr Pierre Theil, chef de cabinet du Secrétaire d'Etat à la Santé. Un volume de 220 pages. J.-B. Baillière et fils, éditeurs.

Ecrit par le Chef de Cabinet, préfacé par le Secrétaire d'Etat, cet ouvrage reflète évidemment les idées qui dominent dans ce Ministère. Au reste, on parle beaucoup de médecine sociale depuis quelque temps : ce n'est peut-être à l'avantage ni des malades, ni de la médecine tout court. Celle-ci, quoi qu'on en dise, restera toujours, suivant l'heureuse expression de notre éminent confrère G. Duhamel, un acte singulier, un acte d'homme à homme. Aussi peut-on reprocher à la médecine dite sociale précisément de ne pas l'être, car ainsi la vraie médecine serait réservée aux gens fortunés et les autres n'en connaîtraient que la contrefaçon.

Cependant, qu'on soit partisan ou adversaire de cette transformation de notre profession, il convient de lire l'ouvrage du Dr Theil : il met clairement les choses au point et aborde heureusement des problèmes qui sont et demeureront importants et intéressants quelles que soient les destinées de la médecine.

Peut-être eût-il mieux valu que l'ouvrage eût une allure moins officielle. Quoi qu'il en soit, il paraît bien, dans son cadre, être l'expression d'une époque qui cherche sa voie ; nous ne saurions dire qu'elle l'a trouvée ; mais on doit être reconnaissant à ceux qui ont le courage de s'employer à défricher des terres jusque-là incultes : il en est toujours parmi elles qui ont été négligées à tort et qui, un jour pourront être fertiles.

A. Herpin.

Dictionnaire des constantes biologiques, par MM. les Docteurs M. Fourestier, ancien chef de Clinique à la Faculté de Médecine de Paris, médecin assistant à l'hôpital des Ménages, et B.-M. de Fossey. Préface de M. le Professeur N. Fiessinger. Un volume 230 pages, 10 × 15,5 cm., cartonné, 80 fr. Maloine, éditeur, Paris 1943.

Voici un excellent petit livre. Excellent parce qu'il contient tous les renseignements d'ordre biologique dont nous avons besoin tous les jours. Petit, par le format, pouvant se mettre dans la poche comme un simple carnet, il est très grand par la somme de documents qu'il contient en 228 pages. On remarquera certains chapitres relatifs à la ration alimentaire. Nos lecteurs reconnaîtront au passage un tableau de vitamines qui leur est familier et qui est bien près de la perfection. Je passe sur les détails, sur la présentation absolument pratique, sur la lisibilité qui est remarquable. Noël Fiessinger a préfacé le livre, il lui prédit un avenir comparable à celui du dictionnaire des termes médicaux de Garnier et Delamare.

C'est là un critérium de choix et N. Fiessinger, qui est bon juge, ajoute que le dictionnaire de MM. Fourestier et de Fossey sera « le livre qu'on consulte toujours et qu'on n'oublie jamais ». — L. S.

Claude Bernard : « Arthur de Bretagne, drame en cinq actes et en prose avec un chant » (2e édition), publiée par le Dr Jean-Marie Le Goff (ouvrage préfacé et présenté à l'Académie de Médecine, le 20 avril 1943, par M. le Professeur Roger). Un volume broché de 159 pages. J.-B. Baillière, éditeur à Paris.

Au mois de novembre 1834, Claude Bernard arrivait à Paris. Il était âgé de 21 ans. En quittant son village de Saint-Julien (Rhône), il emportait le manuscrit d'un drame en cinq actes intitulé « Arthur de Bretagne ». Nos lecteurs n'ont pas oublié que le 24 novembre 1934, à l'occasion du centenaire de l'arrivée à Paris de celui qui devait devenir le plus illustre des physiologistes, notre érudit confrère le Dr Le Goff rappela très heureusement, dans la *Gazette des Hôpitaux*, ce début littéraire de Claude Bernard.

En 1834, la vocation scientifique de Claude Bernard n'était pas encore fixée. Encouragé par un premier succès théâtral remporté à Lyon, où il avait fait représenter un vaudeville « La Fleur du Rhône », Claude Bernard alla soumettre son manuscrit à Saint-Marc-Girardin. Celui-ci le déclara détestable et lui conseilla de chercher un autre gagne-pain. Il est piquant de rappeler qu'en 1868, Claude Bernard, élu à l'Académie française, y retrouva Saint-Marc-Girardin.

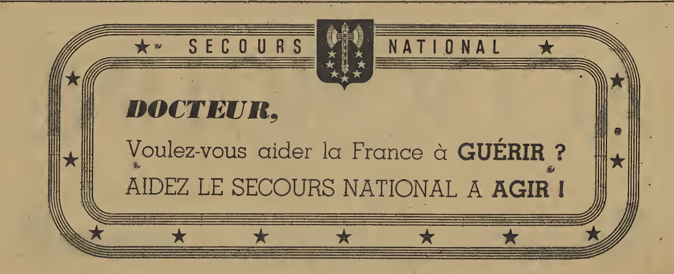
C'est donc une déception littéraire qui décida Claude Bernard à se tourner vers la médecine. On lira avec fruit la magistrale préface de M. le Professeur Roger, dans laquelle il retrace les mémorables étapes d'une carrière scientifique « qui l'a conduit jusqu'aux plus hauts sommets de la gloire ».

L'édition que nous devons au Dr Le Goff est conforme à la première édition devenue rarissime. Les admirateurs de Claude Bernard ne manqueront pas de lire cet essai dramatique. Il marque déjà chez son très jeune auteur des qualités rares d'observation et une extraordinaire compréhension de l'âme bretonne.

Nous devons remercier M. Le Goff de nous avoir permis de connaître le nouvel aspect du génie du plus grand des physiologistes français.

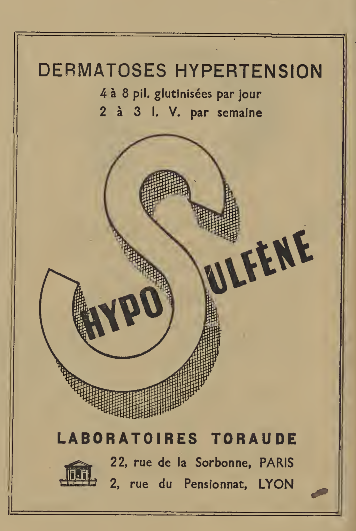
F. L. S.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.
Imp. Tancrède, Paris - 31.1089 (Autorisation n° 93)





PANBIOL
Recalcifiant vitaminé
Comble l'insuffisance de la ration alimentaire en calcium en donnant à l'organisme :
1° Un sel de calcium assimilable dans un rapport Ca/P optimum;
2° La quantité de vitamine D déficitaire indispensable à la fixation du Ca.
Laboratoires A. BAILLY (SPEBA)
15, r. de Rome et r. du Rocher - PARIS-8e
SPEBA
A·BAILLY



DERMATOSES HYPERTENSION
4 à 8 pil. glutinisées par jour
2 à 3 I. V. par semaine
HYPOSULFÈNE
LABORATOIRES TORAUDE
22, rue de la Sorbonne, PARIS
2, rue du Pensionnat, LYON

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT. — Un an : France et Colonies, 75 fr. Etudiants, 40 fr. ; Etranger : 1re zone, 110 fr., 2e zone, 125 fr. Chèques postaux : Paris 2538-76

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ-54-93

POUR NOS ABONNÉS DE LA ZONE NON OCCUPÉE, adresser renouvellements et toutes communications aux Messageries Hachette, 12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône) Chèques postaux : Lyon 218 (Service Gazette des Hôpitaux)

SOMMAIRE

Bi-hebdomadaire paraissant provisoirement deux fois par mois

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris

Deuxième concours de médecin des hôpitaux (3 places). — Epreuve d'admission. — Classement des candidats et total des rangs. — MM. : 1. Fauvert, 2 ; Salles, 4 ; 3. Deparis, 7 ; 4. Bouvrain, 9 ; 5. Rosier, 10 ; 6. Dugas, 12 ; 7. Pêcher, 13 ; 8. Brocard, 15.

Troisième concours de médecin des hôpitaux. — Epreuve de titres. — Jury : MM. les Drs Huber, Chevallier, Chevalley, Mouquin, Brodin, Stevenin, Lamy, Boidin, Debray, Pruvost, Marie (Julien) médecins ; Professeur Lenormant, chirurgien.

Troisième concours pour une place de chirurgien des hôpitaux. — Jury : M. le professeur Mondor ; MM. les Drs Rouhier, Charrier, Petit-Dutaillis, Bergeret, Funck Brentano, professeur Mathieu, Richard, Huard, Huet, chirurgiens ; Rachet médecin.

Concours de prosecteur à l'Amphithéâtre d'Anatomie. — Jury : MM. les Drs : Braine, directeur scientifique de l'Amphithéâtre d'Anatomie ; Baumgartner, Bernard (Raymond), Bazy, Gatellier, chirurgiens ; De Gennes, médecin.

Concours de l'externat. — Jury : MM. Lafitte, Fauvert, Salles, Deparis, Padovani, Longuet, Poilleux, Cauchoix, Merges.

Facultés de Médecine

Le concours pour les bourses de doctorat en médecine (candidats pourvus de 8, 12, 16 et 20 inscriptions) aura lieu au siège des Facultés le mercredi 30 juin 1943.

Inscriptions closes le 26 juin 1943.

Les candidats pourvus de 4 inscriptions subiront les épreuves du concours à une date qui sera fixée ultérieurement.

[J. O. 12 juin 1943 — reçu le 15 juin 1943, après la distribution de notre dernier numéro de juin. Nous nous excusons auprès de nos lecteurs de n'avoir pu donner cette importante information en temps utile.]

Par arrêté du 31 mai 1943 sont ou seront admis à la retraite :

Paris. — MM. les professeurs Couvelaire (2.9.43), Tanon (17.9.43), MM. les professeurs agrégés Brûlé (31.1.43), Moure (29.9.43).
Alger. — M. le professeur Porot (23.5.43).
Bordeaux. — MM. les professeurs Duvergey (13.9.43), Lande (20.7.43), Rocher (28.5.43).
Lille. — M. le professeur Bertin (24.11.42).
Lyon. — MM. les professeurs Arloing (28.2.43), Favre (13.5.43), Morel (28.2.43), Patel (13.12.42).
Montpellier. — M. le professeur Boudet (10.5.43).
Nancy. — M. le professeur Fruhinsholz (17.1.43).
Toulouse. — M. le professeur Lafforgue (17.10.42).

Faculté de Médecine de Paris. — Avis important. — Les étudiants de la classe 1942 sont convoqués au Grand Amphithéâtre de la Faculté à partir du jeudi 1er juillet, à 9 heures de la matinée pour y recevoir un enseignement théorique sur la thérapeutique des maladies vénériennes qui leur permettra, selon toute probabilité, d'exercer une activité médicale durant le temps qu'ils accompliront au service du travail obligatoire.

Par décret en date du 31 mai 1943 il est créé à la Faculté de Médecine de Paris un poste d'agrégé de parasitologie coloniale.

(J. O., 4 juin 1943.)

Facultés de province

Lille. — M. Lambret, professeur de clinique chirurgicale, retraité depuis le 1er mai 1943, est prorogé pour 1943-1944.

Toulouse. — M. Brustier (Vincent) est réintégré dans ses fonctions de professeur à la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de l'Université de Toulouse à compter du 1er mai 1943.

M. Paul Desforges-Mériel, agrégé, est nommé à titre provisoire à dater du 16 mai 1943, professeur titulaire de la chaire d'hydrologie thérapeutique en remplacement de M. Roques, transféré. (J. O., 13 juin 1943.)

Ecoles de Médecine

Amiens. — M. Girard, professeur suppléant de pathologie interne est nommé professeur titulaire de pathologie interne en remplacement de M. Hautefeuille, décédé.

Limoges. — M. le professeur Marcland, directeur honoraire, est chargé provisoirement du cours de parasitologie.

M. Basset, professeur suppléant, est chargé provisoirement du cours de bactériologie.

Santé Publique

Préventoriums. — Le *Journal Officiel* du 5 mai 1943 publie un arrêté fixant les conditions d'agrément, d'aménagement et de fonctionnement des préventoriums.

Dispensaires antituberculeux. — Le même numéro du *Journal Officiel* contient un arrêté relatif aux conditions d'aménagement des dispensaires antituberculeux.

Inspection de la Santé. — M. le Dr Gueunier, médecin inspecteur adjoint de la santé, est affecté dans le département de la Haute-Vienne.

(J. O., 14 mai 1943.)

Liste d'aptitude aux fonctions de médecins inspecteurs de la santé. — Rectificatif au *Journal Officiel* du 18 avril 1943 : page 1082, 2e colonne, après : « Dr Dufour », ajouter : « Dr Gresy ». Cf. *Gaz. Hôp.* 1943, 1er mai 1943, p. 130.

(Le reste sans changement).

La relève des médecins en captivité et les étudiants. — Un arrêté en date du 4 juin (J. O., 19 juin 1943) précise que les étudiants en médecine titulaires de plus de vingt inscriptions validées pourront être requis dans les mêmes conditions que les docteurs en médecine.

Les étudiants en chirurgie dentaire titulaires de plus de dix inscriptions validées pourront être requis dans les mêmes conditions que les chirurgiens-dentistes diplômés.

Postes réservés aux médecins retenus en captivité. — Le *Journal Officiel* du 10 juin 1943 publie l'arrêté du 21 mai 1943 relatif aux conditions d'attribution des postes médicaux réservés aux médecins retenus en captivité.

On sait que la liste des postes vacants doit être établie par le Conseil régional de l'Ordre des Médecins. C'est à ce Conseil que les médecins ou étudiants doivent présenter leur demande dans les trois mois qui suivront leur retour.

Les étudiants en fin de scolarité ne pourront conserver leur droit au poste choisi que s'ils obtiennent le diplôme de docteur en médecine dans les six mois qui suivront leur retour.

En attendant l'installation effective des Conseils régionaux le travail de recensement des postes sera entrepris sans délai par les Conseils départementaux.

Marine. — Un concours pour l'admission à l'Ecole principale du service de santé de la marine est ouvert en 1943 aux étudiants en médecine titulaires de quatre, huit, douze ou seize inscriptions, ainsi qu'aux étudiants en pharmacie justifiant d'une année de stage ou titulaires de quatre ou de huit inscriptions.

Le nombre des candidats à admettre, le programme et les conditions d'admission à ce

concours sont précisés dans l'instruction ministérielle pour l'année 1942 qui peut être consultée dans les Préfectures, Facultés et Ecoles de médecine et de pharmacie et dans les services de santé de la marine.

Les épreuves écrites auront lieu les 7, 8 et 9 juillet 1943 :

A Paris : 3, avenue Octave-Gréard (7e).

A Bordeaux : Faculté de Médecine.

A Montpellier : Faculté de Médecine.

Les épreuves d'admission auront lieu à Bordeaux et Montpellier (Faculté de Médecine) à des dates qui seront indiquées au *Journal Officiel*, lors de la publication de la liste d'admissibilité (approximativement dans la première quinzaine d'août).

Académie Française

Un prix Miller (3.000 fr.) a été accordé au Dr André Soubiran pour son livre « J'étais médecin dans les chars ».

Un des prix d'Académie (1.000 fr) au Dr René Biot, pour son livre « Santé humaine ».

Un des prix d'Académie (1.000 fr.) a été accordé à Mme Matha-de Parrel et au Dr de Parrel pour leur ouvrage : « Enfants dans la brume ».

Association générale des Médecins de France

Election du Président. — M. le professeur A. Baudouin, doyen de la Faculté de Médecine de de Paris, vice-président de l'Association générale des Médecins de France, vient d'être élu à l'unanimité, président intérimaire de cette association, jusqu'à ce que celle-ci puisse reprendre son activité dans les termes et conditions prévus par ses statuts.

Bourses familiales du Corps Médical (Fondation du Dr Roussel). — Il est rappelé que le Dr Roussel accorde cette année encore 15 bourses de 10.000 francs chacune, en faveur des médecins ayant au moins cinq enfants, des veuves en ayant trois à leur charge, et des femmes de prisonniers, dont la situation est particulièrement digne d'intérêt.

Le registre d'inscription des candidatures est ouvert au siège social de l'Association générale des Médecins de France, 60, boulevard de Latour-Maubourg, Paris (7e), jusqu'au 15 septembre. Prière d'adresser les demandes dans le plus bref délai.

Les prix de thèses de « Diagnostics et Traitements ». — Les prix pour 1942 viennent d'être décernés à MM. les Drs Cazal, de la Faculté de Montpellier (auteur d'une importante thèse sur « Un nouvel aspect de la médecine tissulaire ») ; M. Blane, de la Faculté de Médecine de Lyon (thèse sur la physiopathologie du test d'Aldrich) et Ranque, de la Faculté de Marseille (thèse sur les alexines).

Le concours reste ouvert à tous les étudiants ayant présenté en 1943 une thèse bien documentée devant une Faculté de Médecine française. Les candidats sont priés d'envoyer deux exemplaires à la rédaction de « Diagnostics et Traitements », Aix-les-Bains.

Mariages

Le Dr Julien Jomier, ancien interne des Hôpitaux de Paris, ancien chef de clinique à la Faculté, Chevalier de la Légion d'honneur et Mme Julien Jomier font part du mariage du Dr François Jomier, interne des Hôpitaux, leur fils, avec Mlle Anne-Marie Bavière.

La bénédiction nuptiale leur a été donnée dans la plus stricte intimité par le Révérend Père Jomier O. P., le 7 juin 1943, en l'Eglise Notre-Dame-de-Grâce de Passy.

— Le Docteur et Mme Méheut font part du mariage de M. Raymond Méheut, leur fils, avec Mlle Monique Chaudoye. Le mariage a été célébré à Vannes le 8 mars 1943.

(Quimper, 9, rue Louis-Hémon).

Nécrologie

Le Dr Henri-Valéry Meunier, ancien interne des Hôpitaux de Paris (1892) médecin des Hôpitaux de Pau, correspondant de l'Académie de Médecine depuis 1923.

— Le Dr Gustave Ollive, ancien interne des Hôpitaux de Paris (1879), Professeur honoraire à l'Ecole de Médecine de Nantes, médecin-chef honoraire des Hôpitaux de Nantes, correspondant de l'Académie de Médecine depuis 1920, décédé à l'âge de 88 ans.

— Le Dr Paul Darbois, électro-radiologiste honoraire des hôpitaux de Paris, décédé dans sa 70e année.

— Le Dr J. Derome père, décédé à Valenton (Seine-et-Oise).

— Le Dr Raoul-Edouard Labbé, ancien interne des Hôpitaux de Paris (1898), inspecteur du Service de la Protection du premier âge, médecin de l'Institut National des Sourds-Muets, décédé à Paris à l'âge de 72 ans.

— Le Dr Eugène Vanheuversuyn, à Fives-Lille.

— Le Dr A. Degez, à Paris.

— Le Dr Maurice Guérin (de Poitiers) et le Dr Bouisson (de Marseille), victimes d'attentats.

— Mme Jabouille-La Salle, femme de notre confrère le Dr Jabouille-La Salle (d'Yzeure), auquel nous adressons notre bien vive sympathie.

Cours

Clinique de la Tuberculose. — Hôpital Laennec, 42, rue de Sèvres. Professeur : M. Jean Troisier. — Assistants : MM. Bariéty et Brouet, agrégés, médecins des hôpitaux.

Un cours en vue du concours et de l'examen d'aptitude aux fonctions de médecins de sanatoriums et de dispensaires sera fait du 18 octobre au 27 novembre 1943.

Ce cours s'adresse également aux médecins et aux étudiants désireux de revoir, en un cycle complet, les notions récentes cliniques, thérapeutiques, sociales et administratives concernant la tuberculose. Le matin, des stages cliniques avec démonstrations pratiques seront organisés dans le service. Les leçons auront lieu l'après-midi, de 16 heures à 17 heures et de 17 heures à 18 heures, à la Salle de Conférences de la Clinique de la Tuberculose. Le programme détaillé sera indiqué ultérieurement. Droits d'inscription : 500 francs.

Un certain nombre de bourses et de remboursements de droits d'inscriptions seront accordés par le Comité National de Défense contre la Tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel. Les demandes de bourses devront être adressées avant le 30 septembre 1943. Les inscriptions seront reçues à la Clinique de la Tuberculose, tous les matins de 10 h. à midi (Prof. agrégé Brouet) ; et au Secrétariat de la Faculté de Médecine (guichet n° 4) les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Ce cours sera suivi, du 29 novembre au 11 décembre 1943, d'un cours théorique et pratique sur : « Les méthodes de laboratoire appliquées au diagnostic de la tuberculose ». Droits d'inscription : 500 francs. Les inscriptions seront reçues à la Clinique de la Tuberculose tous les matins, de 10 heures à midi (Dr Brocard), et au Secrétariat de la Faculté de Médecine (guichet n° 4) les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Les droits d'inscription pour l'ensemble des deux cours sont fixés à 800 francs.

Ordre des Médecins

Répartition des carburants. — Un communiqué du Conseil départemental (7 juin 1943) fait connaître que le contingent des carburants auto mis à la disposition pour le mois de mai des médecins accuse une diminution de 40 % sur celui d'avril.

Le Conseil, justement ému, a entrepris d'activer les démarches pour obtenir la révision de ce contingent de carburant, et l'augmentation du contingent des S. P. du Corps Médical dont l'importance a été sous-estimée à l'origine.

Erratum

Dans l'*Index alphabétique* du classement hospitalier (*Gaz. Hôp.*, n° 12, 10 juin 1943), ajouter le paragraphe suivant :

Transfusion. *Chefs de service.*

M. Degos, N. 8.

M. Sureau, C. 19.

CHRONIQUE

Le centenaire de la naissance de Grancher

Le 10 juin dernier, le centenaire de la naissance du Professeur Joseph Grancher fut commémoré à la Radio.

M. Jules Renault parla d'abord de Grancher pédiatre et de Grancher sociologue.

Ce qu'on doit retenir des travaux de Grancher en phtisiologie fut ensuite magistralement exposé par M. le Professeur Fernand Bezançon. Nous sommes heureux de pouvoir reproduire le texte de son allocution radiodiffusée.

GRANCHER PHTISIOLOGUE

par le Professeur Fernand Bezançon
Membre de l'Académie de Médecine

C'est une bien attachante figure que celle de Grancher. Grancher ne fut pas seulement un grand pédiatre, un grand sociologue, il fut aussi et avant tout un grand phtisiologue ; et, dans le domaine de la phtisiologie, un grand précurseur.

Il aborde le problème de la tuberculose tout d'abord en savant, en histologiste, et ses études sur la pneumonie tuberculeuse, sur la nature du tubercule le rendent rapidement célèbre.

Ses études anatomiques lui ont révélé la double tendance de la lésion tuberculeuse, la tendance à la caséification, à la destruction des tissus, mais aussi, la tendance à la sclérose, à l'enkystement, à la guérison.

Ses études cliniques lui ont montré, à côté de la pneumonie tuberculeuse, habituellement mortelle, à côté de la pleurésie, une forme essentiellement curable, la splénopneumonie, qu'on appelle la maladie de Grancher.

Il en viendra à écrire que la tuberculose est la plus curable des malades chroniques.

Mais comment obtenir cette guérison ? Il n'y a qu'un moyen : le diagnostic précoce qui aura pour corollaire le traitement précoce.

Robert Koch vient de découvrir le fameux bacille qui porte son nom ; la constatation de ce bacille va-t-elle être le moyen qui assurera ce diagnostic précoce ?

Grancher a accepté d'enthousiasme la découverte de R. Koch. Il en a compris toute la valeur mais la constatation du bacille est pour lui un fait déjà tardif : avant que la tuberculose ne soit ouverte, il y a une période où la lésion est encore fermée et où l'on ne trouve pas de bacilles dans l'expectoration.

L'auscultation, la merveilleuse découverte de Laënnec — mais une auscultation perfectionnée, l'auscultation fine — permettant une analyse des qualités du murmure respiratoire, seule, peut, d'après lui, assurer ce diagnostic. Pendant vingt ans, toute une génération va s'adonner à la pratique de la technique de Grancher.

(*Voir suite page* 202.)

Renseignements

A vendre : microscope statif Nachet, 4 objectifs, 2 oculaires, révolver 3 places, éclairage Abbé, état de neuf.

S'adresser au Dr Ferrand, 74, rue de l'Université, Paris (7e).



LA LUTTE CONTRE LA LUXATION CONGÉNITALE DE LA HANCHE

Par Marcel Lance
Membre de l'Académie de Chirurgie

Le 9 février dernier, M. Pouliquen, chirurgien éminent de Brest, présentait à l'Académie de Médecine un mémoire sur les « arguments en faveur du traitement obligatoire de la luxation congénitale de la hanche ». Ce travail mérite mieux qu'une sèche analyse de quelques lignes.

On sait que dans certaines régions de la France, comme la Bretagne et l'Auvergne, cette malformation est devenue si fréquente qu'elle constitue un véritable « fléau social ». Dans ces régions les « familles à luxations » sont légion. Des villages, des bourgs constituent des « nids à luxations ». Le Damany cite Pleven (Côtes-du-Nord), où il a vu 10 luxés pour 631 habitants, à Mur 30 cas sur 2.394 habitants. Houchard, dans sa thèse déjà ancienne (Nancy 1910), rapporte l'histoire d'une famille de 41 personnes avec 10 luxés. Récemment, C. Rœderer rapportait à la Société de Pédiatrie la généalogie portant sur 5 générations d'une famille de 48 membres avec 12 luxés.

Le mal serait très atténué si tous ces luxés étaient correctement soignés ; ils guériraient pour la plupart. Mais rien de tel. En Bretagne, la tradition veut qu'on soigne les garçons et pas les filles, qui trouvent quand même à se marier, et, comme il y a 8 luxés filles pour un garçon, autant dire que le plus souvent on ne les soigne pas. Pouliquen analyse les causes de cette négligence des parents : la crainte de faire souffrir les enfants, le fatalisme, la longueur du traitement, les mauvais résultats dus à ce qu'on les traite trop tard.

En face de cette situation le chirurgien brestois cherche quelle mesure peut y remédier.

« A l'étranger, la question a été étudiée depuis longtemps et, dans « plusieurs pays, la déclaration des infirmités congénitales est obligatoire. « Il existe des lois pour protéger les estropiés en Allemagne, Amérique, « Suède, Norvège, Finlande, Hongrie. Au Danemark, la loi d'octo- « bre 1933 oblige les médecins, les sages-femmes, les nourrices et ins- « tituteurs à signaler toutes les infirmités qui leur sont connues. » Pourquoi n'en serait-il pas de même en France ? La déclaration obligatoire s'impose. Mais Pouliquen la croit inopérante. La persuasion ne suffit pas à décider des mères qui ont été *traitées et guéries d'une luxation* à faire soigner leurs enfants ! aussi demande-t-il que l'Académie émette un vœu en faveur du traitement obligatoire de la malformation.

A notre avis la question est mal posée et ce n'est pas sur ce terrain que l'on doit aborder la lutte contre la luxation congénitale. La Commission nommée par l'Académie l'a bien vu. Son rapporteur, le Professeur Mathieu, rejette l'obligation du traitement comme la déclaration obligatoire parce que « cette dystrophie ne rentre pas dans la « catégorie des affections (maladies infectieuses, par exemple) pour les- « quelles un traitement prophylactique est possible. D'autre part, le « traitement de la luxation congénitale de la hanche n'est pas un traite- « ment unique, car il est des cas d'espèce, où des modalités de ce trai- « tement sont à discuter. » Et la Commission préconise les mesures suivantes : « Avec l'aide des pouvoirs publics devraient être facilités le « *diagnostic* et le *traitement précoce*, sans limite d'âge inférieur, de « cette affection, traitement dont les parents ont le devoir de faire béné- « ficier leurs enfants. »

Reprenons la question en détail et examinons les mesures qui pourraient concourir à la lutte contre la luxation congénitale de la hanche.

Elles sont de deux ordres : 1° mesures prophylactiques s'efforçant de diminuer le nombre des luxés ; 2° mesures facilitant le diagnostic et le traitement précoces.

I. — *Mesures prophylactiques*. — Nous avons ici même (voir *Gaz. des Hôp.*, 11-14 février 1942, p. 105), étudié la question de la stérilisation dans la luxation congénitale de la hanche et montré qu'elle est inapplicable.

Dans cette malformation l'hérédité se montre sous trois formes :

1° Hérédité entièrement masquée, cas d'apparence absolument isolés : c'est la forme habituellement observée dans les grandes villes et les familles à enfant unique ou très peu nombreux ; 2° l'hérédité directe continue et à caractère dominant (mère, fille, etc.), assez rare ; 3° l'hérédité discontinue et à caractère récessif. Ce sont ces deux dernières formes d'hérédité que l'on observe dans les pays à luxations, dans les « nids à luxations » et l'hérédité à caractère discontinu est de beaucoup la plus fréquente. Elle saute souvent une génération, parfois deux et plus et dans la génération frappée ce sont bien souvent les collatéraux qui sont atteints.

Il faudrait dans ces familles, pour déceler le caractère morbide latent, procéder, comme l'a fait Alexandre Faber (*Zeitschr. für Orthopad-und-ihre Grenz*, LXVI, 140, 1937), à l'examen radiographique de tous les membres de la famille, ce qui permettrait de déceler chez beaucoup de sujets, sains en apparence, des malformations de la hanche (3 subluxations pour un luxation).

Cette incertitude dans la filiation de l'hérédité doit donc faire rejeter toute idée de stérilisation, mais l'étude de l'hérédité, aussi bien continue que discontinue, montre que le nombre des sujets atteints tend, selon les lois mendéliennes, à diminuer à chaque génération et à la longue à disparaître, à condition qu'aucun nouvel élément morbide ne soit introduit par le mariage.

Nous sommes arrivés à cette conclusion que, au point de vue eugénique, on pourrait envisager les règles suivantes : 1° proscrire le mariage des luxés entre eux ; 2° proscrire le mariage consanguin à l'intérieur d'une famille à luxations ; 3° déconseiller les mariages entre familles à luxations.

Le principe du certificat prénuptial est acquis. Il serait à souhaiter que le certificat fût établi par le même médecin pour les deux futurs conjoints, ou que les deux médecins des familles puissent se consulter. On pourrait ainsi, dès maintenant, prévenir les intéressés de risques que leur union fait courir à leur descendance. Ce serait un premier pas vers des mesures prophylactiques plus efficaces.

II. — *Mesures facilitant le diagnostic et le traitement précoces de la luxation* ainsi que le demande l'Académie de Médecine.

Toutes les statistiques démontrent que le traitement orthopédique, non sanglant de la luxation, donne des résultats d'autant meilleurs qu'il a été plus précoce, et que la guérison est pour ainsi dire constante s'il a été effectué dès les premiers mois de la vie, avant le début de la marche. Par contre, ils sont d'autant plus mauvais que l'on a affaire à des sujets plus âgés (difficultés ou impossibilité de la réduction par obstacle capsulaire, mauvaise congruence des surfaces articulaires par les déformations osseuses secondaires). Et ce sont ces résultats mauvais ou médiocres chez des enfants traités trop tard qui ont détourné bien des parents, et même des médecins, de faire soigner les luxés. Il n'y a que quelques jours nous en avons eu un exemple frappant : dans une famille du Finistère où, sur 8 enfants, 5 (4 filles et 1 garçon) sont atteints de luxation, une seule fille, atteinte de luxation bilatérale, a été traitée beaucoup trop tard, à 6 ans. Le résultat a été franchement mauvais et a détourné les parents de faire soigner les autres enfants.

Quand, il y a 40 ans, on a commencé à réduire les luxations congénitales, on a cherché à les réduire à tout âge, et, par principe, pas avant 3 ou 4 ans. Dès 1911, le Pof. Frœlich s'est élevé contre cette manière de faire (XXIVe Congrès de l'Ass. Française des Chir., Paris, 2-9 octobre), et a préconisé le traitement précoce, dès que le diagnostic de la luxation a pu être fait, avant le début de la marche si possible. Son opinion a été adoptée en France par la majorité des orthopédistes. Nous même l'avons défendue dans ce journal (voir *Gazette des Hôpitaux*, n° 23, 25 février 1913 et *idem*, 6 mai 1936). La pratique de Frœlich a été reprise en Italie par Galeazzi, puis Putti, et par une campagne près des sages-femmes, accoucheurs, médecins d'enfants, qui ont pu traiter un grand nombre de luxés jeunes ; au Congrès de Bologne, en 1932, de très nombreuses observations de cas soignés avant 1 an ont été apportés. Le seul Institut Rizzolinen a pu traiter 119 cas en 3 années.

Dans l'immense majorité des cas, à la naissance et dans les premiers mois de la vie, les futures luxations de la hanche ne sont que des hanches malformées, mal emboitées, à surface articulaire mal orientée, à capsule relâchée, mais non luxées. Ce sont les hanches luxables de Le Damany, les préluxations de Putti. Si on peut les dépister dès les premiers mois de la vie, on évitera, par un traitement très simple, la production de la luxation. Il suffit de tenir le nourrisson les cuisses écartées à 70° ou 80° par un appareillage réduit à une valve de plâtre celluloïdé, ou une double attelle métallique articulée en compas, ou encore de simples sangles entourant les cuisses et rattachées à une brassière. Cette position est maintenue 7 à 8 mois et cela suffit à obtenir une guérison d'une qualité rarement obtenue plus tard, au prix d'un traitement plâtré long et compliqué. La grosse objection est la difficulté du diagnostic de ces hanches luxables. Cependant, il est souvent possible, à condition d'y penser et de le rechercher.

Il y a d'abord 40 % des cas dans lesquels la malformation est unilatérale ; on notera alors une différence dans l'orientation du membre plus tourné en dehors, une hyperlaxité articulaire à la rotation en dedans et en dehors, la saillie anormale de la hanche, la difficulté d'écarter la cuisse, la différence de longueur.

Dans les malformations bilatérales cela est plus difficile. Mais souvent une attitude en rotation externe des membres inférieurs, parfois la présence de pieds bots *talus vagus*, la difficulté d'écarter les cuisses, et parfois un ressaut lorsqu'on fait ce mouvement, la saillie anormale des hanches, les cris que pousse l'enfant quand on repousse la hanche en haut en lui mettant son chausson, attirent l'attention. En cas de doute la radiographie révélera le vice de développement.

Dans certaines provinces d'Italie la fréquence de la luxation congénitale constitue un véritable fléau. Aussi le regretté Prof. Putti a-t-il réussi à rendre obligatoire la radiographie des hanches des nourrissons dans la povince de Bologne, et il espérait que cette mesure se généraliserait pour toute la péninsule.

Pourquoi ne pas prendre des mesures analogues en France ? Ne pourrait-on, au moins dans les régions à luxations, faire campagne près du corps médical pour qu'il fasse radiographier au moins les fillles, plus sujette à la malformation, vers l'âge de 6 mois. Cet âge offre tous les avantages. Plus tôt, l'interprétation des radiographies de préluxation est difficile, de plus, comme l'ont montré Le Damany et Saiget, un grand nombre (les deux tiers) de ces préluxations guérissent spontanément dans les premiers mois après la naissance. Il y a donc intérêt à attendre l'âge de 6 mois pour la vérification radiographique, et, après un traitement de 8 mois, l'enfant, guéri, pourra marcher à 14 mois, à l'âge normal.

Un pas de plus serait fait si, comme le désire la Commission de l'Académie de Médecine, des « services régionaux organisés par les pouvoirs publics » pouvaient « mettre à la disposition des malades et de leur « famille tous les moyens de diagnostic et de traitement nécessaires, y « compris la rééducation ».

L'organisation, au moins dans les régions à luxations, de ces centres de dépistage par la radiographie chez le nourrisson, de traitement chez

les enfants, y compris la rééducation si souvent négligée dans le milieu familial, et dont l'absence est la cause de bien des récidives.

Enfin il faudrait y ajouter la surveillance des anciens luxés, car, ainsi que l'ont montré bien des travaux récents et notre propre expérience (voir M. Lance, *Revue d'Orthopédie*, nos 3-4, mai-août et 5-6, septembre-décembre 1942, pp. 129-147 et 194-204), il est *indispensable*, après la fin du traitement orthopédique de soumettre l'enfant à une surveillance périodique prolongée. Et cela non seulement dans la petite enfance, mais surtout à l'adolescence et plus tard vers la trentaine, de manière à dépister à leur début les signes d'insuffisance de la hanche et de pouvoir y remédier avant la constitution de déformations secondaires incurables.

Telles sont les mesures que l'on pourrait envisager pour lutter contre la luxation congénitale de la hanche, tâcher d'en amoindrir la fréquence, et de tirer le meilleur profit du traitement. Ce n'est pas trop demander contre une malformation qui, dans certaines régions de la France constitue, comme le dit Pouliquen, un véritable fléau social.

ACTUALITÉS

LES BASES ANTAGONISTES DE L'HISTAMINE

par R. Levent

Directement ou indirectement l'histamine semble un facteur important dans nombre de processus organiques, les manifestations anaphylactiques en particulier. Quelques substances naturelles (histidine, guanidine, etc.), et certaines diastases entravent son action, faiblement d'ailleurs. Des travaux récents (Ungar, Bovet et Staub (1937), Halpern (1940-1942), ont reconnu une action analogue mais beaucoup plus puissante à plusieurs produits synthétiques, composés aminés avec fonction d'éther phénolique. Ont surtout retenu l'attention, les 929 et 1571 F (Bovet et Staub) et plus récemment 2325 et 2339 R P (Halpern) qui, seuls pour l'instant, semblent susceptibles d'usage médical comme plus actifs, plus maniables ; la période d'étude n'est, du reste, pas close.

Propriétés physiologiques. — Elles sont communes à tous ces corps avec des différences de degré.

929 et 1571 F inhibent l'action contracturante de l'histamine sur les muscles lisses de l'intestin isolé du cobaye et aussi sur la musculature bronchique et utérine.

Il en est de même pour les produits plus récents qui sont seulement actifs à plus faible concentration (1/1.000.000e au lieu de 1/100.000e). Ils protègent le cobaye contre le choc anaphylactique et contre 2 à 4 doses mortelles d'histamine (pour 929 et 1571 F). 2325 et 2339 R P marquent un nouveau progrès : la dilution au 1/10.000.000e demeure active ; les aérosols histaminiques ne produisent plus ni choc, ni dyspnée asthmatiforme mortelle.

Dans les conditions de bonne tolérance l'action des antihistaminiques ne produit que des effets négatifs et préventifs ; il n'y a aucune réaction sur un organisme normal. Moyennant horaire opportun et dose convenable, on empêche, au contraire, le choc et même la simple apparition de la triade de Lewis : à l'injection d'histamine ne répondent plus ni papule, ni érythème, ni prurit.

Quant à la dose minima mortelle d'histamine elle est 60 fois plus élevée que chez le cobaye neuf. Chez l'homme, enfin, on a estimé la dose thérapeutiquement active au 1/175e en moyenne de la dose toxique. La maniabilité clinique est donc très grande.

L'absorption du médicament est très rapide ; ses effets en clinique se manifestent en effet entre un quart d'heure et une heure après ingestion.

L'élimination est très rapide aussi : 3 à 4 heures après, la majeure partie du médicament est éliminée, surtout par voie rénale après diazotation. Ceci explique la tolérance habituellement bonne et la rareté des signes d'accumulation et de l'accoutumance.

Indications. — Elles sont, à l'heure actuelle, entièrement en relation avec l'action prouvée ou présumée de l'histamine dans la genèse du trouble à combattre.

Les indications principales sont la *maladie sérique*, *l'urticaire*, *l'œdème de Quincke et le choc anaphylactique*, *l'asthme*.

Dans la maladie sérique l'effet est rapide : un quart d'heure environ après l'ingestion le prurit disparaît, l'éruption s'efface. Les arthralgies résistent plus et plus longtemps.

Dans l'urticaire résultats assez analogues, surtout dans l'urticaire digestif, même récidivant et l'urticaire aigu.

L'œdème concomitant est également très influencé ; certains urticaires chroniques résistent au contraire.

On constate aussi de bons effets dans l'œdème de Quincke même avec purpura et dans le choc anaphylactique.

Dans l'asthme, la valeur préventive du médicament est toujours supérieure à sa valeur curative ; on empêche la crise de naître plus souvent et plus aisément qu'on ne l'arrête et avec des doses beaucoup moindres. Les résultats varient aussi naturellement avec l'intensité de la crise et surtout avec la forme d'asthme. Les meilleurs sont obtenus dans l'asthme infantile et l'asthme sec ; l'asthme humide est au contraire résistant et coïncide souvent avec un certain degré d'intolérance.

En cas de succès on voit les crises moins nombreuses, l'oppression nocturne disparaître ainsi que les signes stethoscopiques.

C'est dans l'asthme que l'adaptation individuelle de la posologie doit être la plus étroite.

Les asthmes symptomatiques réagissent comme les asthmes « essentiels ». Les équivalents, le coryza spasmodique, en particulier, comme l'asthme typique : la rhinorrhée et les éternuements sont en général bien influencés (Ph. Decourt).

On a proposé aussi *nombre d'indications accessoires :* chocs divers : traumatiques, opératoires, médicamenteux ; chocs dus à des blessures graves, à la chaleur, au froid, à la fatigue ; syndrome malin des maladies infectieuses (fièvre typhoïde, scarlatine) ; dermatoses dues à la sensibilité (eczémas, érythème induré de Bazin) où la médication semble agir sur les vésicules et le suintement ; engelures pour modifier l'état vasculaire ; intoxications alimentaires ; migraines où les résultats sont inconstants, crises douloureuses post-prandiales de l'ulcère gastro-duodénal (J.-L. Parrot, Ch. Debray et G. Richet), troubles hépatobiliaires, dysménorrhées, œdèmes par radiothérapie anticancéreuse. Dans tous ces cas très disparates et très inconstamment favorisés par le succès, c'est toujours à l'action pathogénique de l'histamine libérée qu'on se propose de mettre obstacle.

Posologie. Mode d'administration. — J. Decourt et Brault ont fait dans l'asthme des injections intraveineuses d'une solution aqueuse à 2,5 % = 1 ou 2 ampoules de 2 cm³ (soit 5 à 10 centigr.) ; une série de 15 injections consécutives n'a causé grâce à la lenteur d'injection aucun incident, mais seulement un peu d'angoisse et de tachycardie avec tendance à la lipothymie bientôt remplacée par de l'euphorie, sensation de chaleur abdominale et élévation transitoire mais appréciable de la tension artérielle. L'inconvénient majeur est la rapide sclérose des veines qui empêche tout traitement durable. C'est une méthode d'exception pour le traitement d'attaque d'une crise grave.

La voie d'administration habituelle des antihistaminiques est la *voie buccale : comprimés de 2339 R. P. à dix centigrammes.* Pour imprégner l'organisme malgré l'élimination rapide il est nécessaire de fractionner la dose des 24 heures en prises successives et répétées de 1 ou 2 comprimés, selon les besoins, toutes les 2 heures, en profitant de la digestion (1/2 heure à 1 heure après le repas) ou en donnant en même temps un peu de sucre, qui consolide la tolérance.

Ph. Decourt distingue des doses faibles : 0 gr. 20 à 0 gr. 40 par jour ; des doses moyennes : 0 gr. 60 à 0 gr. 80 ; des doses fortes : 1 gr. à 1 gr. 50 pouvant même atteindre exceptionnellement 2 grammes. La posologie doit s'adapter individuellement à chaque malade et à chaque circonstance.

Si l'horaire d'une crise est prévisible on doit commencer le traitement 2 heures avant.

On doit donner le médicament toutes les 2 heures même la nuit pour que l'imprégnation médicamenteuse empêche une reprise d'accidents seulement freinés.

J.-L. Parrot insiste sur l'importance du moment : efficacité d'autant plus grande et dose d'autant plus faible que le traitement est préventif ou que les accidents sont plus près de leur début ; sur le facteur individuel, en raison de la docilité différente de chaque sujet au médicament, docilité qui varie d'ailleurs d'une crise à l'autre.

Une crise d'asthme faible est prévenue par une dose faible et guérie par une dose moyenne ; une crise moyenne ou une crise forte au début cèdent à une dose moyenne ou forte ; une crise forte à la période d'état ne cède pas toujours à une dose exceptionnelle.

L'efficacité du médicament est fonction de sa présence.

Les conditions d'un traitement prolongé sont encore mal connues ; 15 jours semble la période de bonne tolérance. On a pu cependant, avec 4 jours de traitement par semaine, donner le médicament pendant 3 mois, à raison de 0 gr. 30 à 0 gr. 40 par jour.

La tolérance est bonne en général bien qu'on ait signalé quelques vertiges, des douleurs gastriques, de l'anorexie, des vomissements, parfois de l'hypertension et de la vaso-constriction transitoires, au début du traitement. L'administration d'alcalins et surtout de sucre atténue très notablement ou même fait cesser ces accidents.

Le mécanisme d'action des antihistaminiques est encore mal connu ; ils semblent agir avec prédilection sur les effets excitants de l'histamine et ne pas modifier ses effets inhibiteurs. On tend à penser qu'ils agissent sur les récepteurs.

Il s'agit, en somme, d'une médication pathogénique différente par divers traits de la thérapeutique habituelle et dont les principes sont sans doute susceptibles d'autres développements dans des domaines différents.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

5 *juin.* — M. Izzedine. Contribution à l'étude de l'amide nicotinique. — M. Carles. L'exploration radiologique de l'appareil respiratoire. — M. Touret. Contribution à l'étude de l'induration plastique des corps caverneux. — M. Corbineau. A propos d'un cas de formation polykystique localisée du rein.

THESES VETERINAIRES

5 *juin.* — M. Van Recum. Les coliques du cheval : une vagotonie. Leur traitement par une substance sympathicotrope : l'adrionol. — M. Dang-Vu. Considérations sur la valeur économique du buffle à travers le monde et particulièrement en Indochine.

LA MÉDICATION IODO-SULFAMIDÉE DANS LE TRAITEMENT DES INFECTIONS A STAPHYLOCOQUES

Par Pierre Lance

Il semble bien que si *in vitro* le sulfamide se montre aussi actif vis-à-vis du staphylocoque que vis-à-vis du streptocoque ou du colibacille, les essais de chimiothérapie au cours des infections dues au premier de ces microbes aient donné des résultats moins concluants aussi bien en clinique humaine que sur les animaux de laboratoire (Legroux).

Sans doute un certain nombre d'auteurs ont-ils pu observer des cas heureux ; c'est ainsi que Colebrook et Purdie ont obtenu en 1937 quelques succès avec le 1162 F dans des septicémies puerpérales à staphylocoques, Bloch et Pacella (1938), Janet (1940) dans les méningites ; Picot et Aurousseau avec le 693, Ménegaux et Mlle Stalhaud avec le sulfathiazol ont rapporté en 1940 et 1941 des succès dans le traitement des infections cutanées dues au staphylocoque, confirmant l'impression favorable donnée par Beling et Abel, Spink et Hansen. Tous ces auteurs soulignent d'ailleurs la nécessité de donner des doses importantes et pendant longtemps, c'est-à-dire jusqu'à ce que les phénomènes inflammatoires aient entièrement disparu et que les lésions soient en pleine réparation.

Malgré ces faits, encourageants certes, il n'en demeure pas moins que, dans l'ensemble, les résultats soient moins régulièrement favorables que lorsque l'on se trouve en présence d'un autre germe ; le staphylocoque est doué d'une vitalité très particulière ; il s'adapte à tous les tissus et à tous les agents thérapeutiques.

Aussi Legroux eut-il l'idée d'orienter les essais thérapeutiques dans un autre sens en partant des notions théoriques suivantes : on sait que le staphylocoque détermine dans certaines affections comme la botryomycose des lésions histologiques dont le caractère est d'être « nodulaire » ; le centre des nodules est dépourvu de vaisseaux sanguins ; la périphérie est vascularisée par des capillaires altérés et souvent oblitérés ; le nodule lui-même est entouré d'une zone ligneuse de réaction inflammatoire. On comprend que dans de telles conditions le sulfamide absorbé *per os* ne puisse atteindre les microbes enkystés au centre du nodule.

Si on peut, au contraire, faire fondre le nodule au préalable, on prépare ainsi la voie au sulfamide qui pourra exercer directement son action bactériostatique au sein des débris du nodule.

Or, on sait, depuis Lugol, que l'iode et en particulier la solution iodo-iodurée constitue le meilleur agent thérapeutique pour faire fondre les lésions nodulaires quelle qu'en soit leur origine.

C'est dans ces conditions que Legroux fut amené à préconiser l'association de la médication iodo-iodurée et de la chimiothérapie sulfamidée dans le traitement de la staphylococcie.

Les premiers résultats de cette association médicamenteuse ont été rapportés en mai 1941 par Legroux et Lenormant (Acad. de Chirurgie, séance du 7 mai), puis par Lenormant et Calvet (in *Presse Médicale*, 18 juillet 1942), enfin, plus récemment, par Truffert, Pervès et Pirot, Huet et Huguier (Acad. de Chirurgie, séances du 17 mars, 7 et 14 avril 1943).

Trois éventualités sont à envisager suivant qu'il s'agit d'une septicémie ou septico-pyohémie à staphylocoques, d'ostéomyélites aiguës, ou de staphylococcies cutanées.

On connaît assez l'aspect déroutant des septicémies staphylococciques pour estimer la prudence avec laquelle il convient de peser les résultats thérapeutiques ; cependant, une observation comme celle de Truffert paraît témoigner d'une efficacité certaine ; il s'agissait d'une thrombophlébite du sinus caverneux (avec hémoculture positive) dont on vint à bout grâce à une médication intense (54 gr. de sulfamides en 4 jours et 16 gr. d'iode), malgré un état qui paraissait désespéré.

Dans les 8 observations d'ostéomyélite de Lenormant et Calvet comme dans les 3 de Pervès et Pirot, la médication iodo-sulfamidée semble avoir eu une action de freinage très nette ; disparition brusque des douleurs, chute assez rapide de la température qui revient à la normale en 6 à 8 jours, parfois en 48 heures, dans 6 cas (sur 8, Calvet), une tuméfaction inflammatoire pseudo-phlegmoneuse qui faisait prévoir l'abcédation a fondu sans qu'il y ait suppuration ; dans les deux autres cas l'incision de l'abcès amena la guérison définitive en moins d'un mois.

Enfin, dans les furoncles, anthrax, hydro-adénites, Huet et Huguier, Pervès, Pirot et Martin ont obtenu constamment de bons résultats ; l'action iodo-sulfamidée semble se manifester principalement sur deux facteurs : l'élément douleur et la réaction péri-focale qui régresse avec une rapidité parfois surprenante.

Sans doute de semblables succès ont-ils été obtenus par d'autres méthodes, par les vaccinations ou l'immobilisation en cas d'ostéomyélite ; mais le traitement iodo-sulfamidé paraît posséder une constance et une rapidité d'action indéniables.

La posologie doit obéir à certaines règles (Legroux) ; il faut employer de fortes doses : 1 gr. 50 à 6 gr. d'iode par jour (sous forme d'iodo-protide ou à défaut d'iode métallique) avec 10 ou 12 gr. de 1162 F par 24 heures ; on se basera sur la gravité de l'affection pour régler la posologie qui sera administrée par cures successives de 4 à 5 jours séparées par de courtes périodes de repos. Avant de diminuer les doses, il faut attendre quelques jours et ne le faire que progressivement en continuant une cure de consolidation pendant la convalescence ; sinon on peut observer des rechutes avec reprise de la température qui cèdent d'ailleurs à nouveau à la médication. En raison de la ténacité des infections staphylococciques cette cure de consolidation doit être poursuivie de 1 à 2 mois après la disparition des phénomènes infectieux.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

Séance du 16 juin 1943

Etude de l'os humain par la diffraction des rayons X. — M. Lamarque (de Montpellier). — Note présentée par M. Charles Fabry.

Action de l'adrénaline sur les tissus végétaux. — M. Joyet-Lavergne (note présentée par M. Caullery).

Election d'un correspondant dans la section de médecine et de chirurgie, en remplacement de M. Simon Flexner, directeur de l'Institut Rockefeller à New-York, élu associé étranger.

M. Jeanbrau (de Montpellier) est élu par 25 voix sur 33 votants. M. Fernand Arloing (de Lyon) a obtenu 2 voix, M. Maurice Arthus (de Lausanne) a obtenu 2 voix, M. Charles Dhéré (de Fribourg) 2 voix et M. Georges Mouriquand (de Lyon), 3 voix.

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 8 juin 1943

Les brucelloses de première invasion dans l'est de la France. — M. Maurice Perrin (de Nancy). — L'ubiquité des infections mélitococciques et le polymorphisme des formes de première invasion obligent les médecins à y penser partout, en présence des syndromes aigus les plus divers ; les cas observés dans la région de l'Est sont rappelés à titre d'exemples. La précocité du diagnostic, s'il est fait à cette première étape de la maladie, hâte l'institution d'une thérapeutique efficace.

Contribution chronaximétrique au problème du rachitisme expérimental. — MM. Raoul Lecoq, Paul Chauchard et Mme Henriette Mazoué. — L'étude des différentes variétés de rachitisme expérimental montre que la mesure de l'excitabilité neuromusculaire constitue un test précieux pour la caractérisation du rachitisme et même du rachitisme « invisible », sans lésions osseuses, qui est causé par manque de lumière et carence en vitamine D.

Les troubles nerveux ainsi caractérisés ne résident pas tant dans le nerf lui-même que dans les centres encéphalo-médullaires et semblent sous la dépendance de l'alcalose.

Plus sensible que l'examen radiographique, l'examen chronaximétrique appliqué à l'enfant pourrait rendre de grands services dans la prophylaxie du rachitisme.

Asthme anaphylactique. — M. Danielopolu (de Bucarest) étudie le rôle de l'acétylcholine dans la production de l'asthme anaphylactique. Il préconise le traitement préventif et curatif de l'accès par les doses parasympathofrenatrice d'atropine.

Vacances de la Pentecôte. — La prochaine séance aura lieu le mardi 22 juin 1943.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 19 mai 1943

Deux cas de section à peu près complète du pouce; restitutio ad integrum après intervention. — MM. Baillis et Grèpinet. — Rapport de M. Albert Mouchet.

L'attitude chirurgicale dans les hernies étranglées. — M. Bossaert. — Rapporteur M. Rudler.

A propos du traitement des hernies crurales et inguinales étranglées avec gangrène de l'intestin. — M. Gueulette estime qu'il ne faut pas hésiter à associer un traitement local de la lésion souvent réduit à peu de chose et une intervention par laparotomie pour rétablir le cours des matières par anastomose.

M. Merle d'Aubigné commentant la statistique du service de M. Quénu conclut à la supériorité de la résection.

M. Rouhier préfère s'en tenir à une intervention faite *in situ*.

A propos du traitement des fistules vésico-vaginales inopérables par un procédé non décrit par dérivation des urines : l'anastomose latéro-latérale uretéro-rectale. — M. R. Letac. — Rapporteur M. L. Michon.

Quelques remarques à propos d'une pneumonectomie avec ligatures et sutures isolées : opération suivie de succès. — MM. Maurer, Sauvage, J. Mathey.

Rupture sous-cutanée artérielle directe. — M. Funck-Brentano.

A propos d'une observation de thyroïdite tuberculeuse. — M. Welti et Mlle Gauthier-Villars.

Séance du 26 mai 1943

A propos des tuberculoses thyroïdiennes. — M. Mialaret.

Rupture spontanée d'une tumeur de la granulosa. — M. Filhoulaud. — M. Mocquot rapporte cette observation exceptionnelle où se trouvait réalisé un tableau d'hémorragie interne.

La fistulisation préventive du grêle dans la chirurgie du côlon et du rectum. — Clôture de la discussion. — M. R. Bernard souligne que la distension abdominale siège avant tout au niveau du grêle ; c'est donc ce segment qu'il importe de drainer et il semble que ce drainage préventif soit particulièrement indiqué dans l'hémicolectomie en un temps, les anastomoses, les opérations dérivées du Reybard.

Colectomie et sulfamidothérapie. — M. Chaton. — Lecture de M. Soupault.

Réflexions au sujet d'une grave infection post-opératoire. — M. Billet.

Occlusion congénitale par rétrécissement colique en cordon. Apparition en 4 jours de la perméabilité colique. — MM. Digonnet et Fèvre.

Un cas de méga-duodénum traité par duodéno-jéjunostomie et les infiltrations splanchniques. — MM. d'Allaines, Lenormand et Koechlin montrent que l'anastomose est insuffisante ; les infiltrations n'ont donné qu'une amélioration passagère.

Séance du 2 juin 1943

Cancer de la vésicule biliaire propagé à la voie biliaire principale. Résection de la vésicule et de l'hépatocholédoque. Hépatico-duodénostomie. Guérison opératoire. — M. Caby. — M. J. Sénèque, rapporteur.

Traitement des luxations congénitales de la hanche. Indications basées sur l'arthrographie. — M. Leveuf montre que dans 80 % la réduction orthopédique ne donne pas de bons résultats et la nécessité de vérifier la réalité de cette réduction au moyen de l'arthrographie. Dans les réductions sanglantes faites primitivement, il y a 18 bons résultats et 6 résultats médiocres ; dans les réductions sanglantes faites secondairement les résultats sont moins bons.

Etude des phlébites par la veinographie. — MM. Leriche et Servelle montrent l'intérêt que comporte cette méthode dans l'étude des troubles circulatoires du membre inférieur. Elle permet souvent la localisation de la thrombose.

Hyperplasie massive des glandes mammaires chez une jeune fille. Mammectomie partielle bilatérale. — M. Montaut. — M. Soupault, rapporteur, discute l'origine de cette hyperplasie et l'indication de l'intervention chirurgicale.

Séance du 9 juin 1943

A propos de l'hypertrophie massive des seins. — MM. Redon, R. Bernard, J. Leveuf en rapportent chacun une observation.

Un cas de fracture transcotyloïdienne. — M. Petrignani. — M. Basset, rapporteur, discute la valeur des différents procédés de réduction.

A propos des cancers de la lèvre inférieure. — M. R. Imbert. — Rapport de M. Barbier.

Traitement des embolies pulmonaires graves post-opératoires par la novocaïne intraveineuse. — M. J. Debelut. — M. Funck-Brentano.

Commentaires sur cinquante cas de volvulus partiel de l'intestin grêle. — MM. Mialaret et Boudreaux montrent que dans 90 % des cas on trouve une cause locale à l'origine du volvulus et étudient la disposition des brides par rapport à l'anse volvulée ; le maximum des lésions ne correspond pas toujours au siège du volvulus. Au point de vue clinique, il faut individualiser le volvulus pelvien enclavé dont le diagnostic est très difficile. La mortalité post-opératoire est encore de 57,8 % malgré l'aspiration duodénale, l'iléostomie. Parmi les complications post-opératoires, il faut retenir l'anurie, le syndrome toxique secondaire, et surtout les péritonites septiques, enfin les récidives d'occlusion. Les auteurs reviennent sur la nécessité d'un diagnostic précoce, la supériorité de la résection avec anastomose.

Séances des 16 et 17 juin 1943

Réception de la Société de Chirurgie de Lyon. — M. Roux-Berger souhaite la bienvenue aux chirurgiens lyonnais invités par l'Académie de Chirurgie, en remerciement de la réception offerte à Lyon, l'an passé, aux membres de l'Académie.

La place de la cholédoco-duodénostomie dans le traitement de la lithiase cholédocienne. — M. Mallet-Guy discute avantages et inconvénients de l'anastomose et souligne que si les suites éloignées paraissent moins bonnes qu'après le drainage externe, par contre les suites immédiates de l'anastomose sont plus simples. L'anatomose paraît donc indiquée chez les vieillards, les malades fragiles.

Discussion. — MM. Rochet, Soupault.

Traitement des ostéosarcomes des membres. — M. Tavernier rappelle les statistiques du Bone Sarcoma Register qui montrent que les résultats des amputations précoces sont catastrophiques ; il se rallie à l'amputation retardée après radiothérapie ; la résection suivie d'opérations plastiques lui a donné des survies appréciables.

Discussion. — MM. Roux-Berger, Rouhier, Moulonguet, J. Delarue et Redon, Fèvre, Sorrel.

La résection trans-urétrale dans le traitement du cancer de la prostate (à propos de 100 observations). — M. Cibert admet que le cas idéal est le squirrhe tandis que les formes bourgeonnantes, les cancers de la coque, sont bien moins favorables. Il faut préparer le malade par une sonde urétrale mise en permanence pendant 2 ou 3 semaines. La résection n'a aucune influence sur la durée de la survie mais minimise considérablement les troubles fonctionnels.

Discussion. — MM. Fey, L. Michon, Gouverneur.

Diagnostic très précoce de l'occlusion aiguë de la fin du grêle grâce à la radiographie abdominale sans préparation. — M. Rochet.

Incontinence d'urine et spina bifida occulta. — M. Perrin.

Discussion. — M. Bréchot.

Séance du 17 juin 1943

Hémorragies viscérales post-opératoires dans la chirurgie osseuse des jeunes. — M. Guilleminet rapporte deux observations d'hémoptysie dans un cas, d'hématurie dans l'autre, à la suite d'intervention sur la hanche. Il semble qu'il s'agisse d'accidents assez fréquents surtout lorsqu'on a recours aux examens de laboratoire pour rechercher l'hématurie en particulier. Peut-on faire jouer un rôle à l'anesthésie générale ?

Traitement actuel du méga-œsophage par cardio-spasme. — M. Santy ayant eu trois échecs après splanchnicectomie complète l'opération de Heller par une véritable neurotomie de la portion cardiaque de l'œsophage. 22 bons résultats sur 24 cas.

Discussion. — MM. Ameline, Soupault, Sénèque, Fèvre.

Réflexions sur une série de 157 myomectomies. — M. Cotte n'a eu qu'un décès sur cette série récente et aucun incident post-opératoire. Les risques de récidives sont minimes surtout si l'on opère après 35 ans. L'auteur précise les indications et les limites de cette intervention.

Discussion. — MM. Hartmann, Mocquot, Rouhier, Basset.

Réflexions à propos de 1200 ligamentopexies de l'utérus. — M. Pollosson défend la ligamentopexie de Doléris à laquelle l'école lyonnaise est restée fidèle. Il recommande l'incision de Pfannenstiel, il faut passer en dehors des muscles droits pour fixer les ligaments ronds.

Discussion. — MM. Rounier, Kuss, Basset, Gueulette.

Indications et résultats éloignés de la splanchnicectomie dans les vésicules de stase. — M. Mallet-Guy.

Abord large des articulations de l'épaule et de la hanche. — M. Muller.

La légitimité de l'intervention des arachnoïdites de la queue de cheval. Résumé de 26 opérations. — M. Ricard.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 14 mai 1943

Intoxication alimentaire collective à forme polynévritique par une huile contenant du tricrésylphosphate. — MM. Carrot, Griffon et Charlin. — Histoire d'une épidémie de polynévrites survenues chez des sujets qui, quarante-huit heures après avoir consommé des pommes de terre frites dans une huile contenant du tricrésylphosphate, ont présenté des troubles et chez lesquels la polynévrite s'est installée après une incubation d'un mois. Le tableau clinique revêt l'aspect de paralysie motrice à prédominance distale. L'histoire de cette épidémie revêt un caractère d'actualité, car le tricrésylphosphate est très employé dans l'industrie. Il entre dans la fabrication des caoutchoucs artificiels et des vernis.

Un cas d'ostéopétrose (maladie des os de marbre). — MM. J. Cathala, R. Laplane et Castaigne présentent un enfant de 11 ans atteint de fragilité osseuse, le moindre choc provoquant une fracture. Les radiographies reproduisent les lésions de la maladie de Schoenberg : opacification considérable du squelette, déformations épiphysaires, striations régulières perpendiculaires au grand axe de l'os.

Action favorable de cures très prolongées de cyanure de mercure sur une aortite syphilitique avec œdème pulmonaire à répétition. — MM. L. Rouquès et J. Pautrat. — Dans le cas de la maladie susindiquée résultats inespérés par la méthode des cures prolongées de cyanure de mercure (88 injections intraveineuses quotidiennes et 90 après 15 jours de repos). Tolérance parfaite. Le traitement antisyphilitique classique put être ensuite entrepris avec succès. Cette méthode pourrait être employée dans les affections cardio-vasculaires syphilitiques rebelles.

Séance du 21 mai 1943

La sécrétion excessive de pituitrine peut-elle expliquer la rétention simultanée d'eau et de sel observée dans l'obésité hypophysaire avec oligurie permanente ? — M. Raoul et Mmes Simonne Kourilsky, Simone Remond et Suzanne Morat concluent : 1° il est impossible de provoquer chez un sujet normal une oligurie permanente même en prolongeant les injections de pituitrine ; 2° la rétention d'eau obtenue par la pituitrine est plus abondante en régime salé ; 3° aucune rétention de sel n'est notée pendant l'action de la pituitrine dans les expériences. Il est impossible de réaliser par la pituitrine le blocage rénal du sel.

Mécanisme de la rétention d'eau dans l'obésité hypophysaire avec oligurie permanente. — MM. R. Kourilsky et H. Hinglais démontrent que, indépendamment de la rétention d'eau, il existe dans le syndrome observé d'autres perturbations, des échanges d'eau auxquelles concourent des influences hormonales. Il leur a paru qu'il était impossible dans toutes les conditions expérimentales, d'obtenir avec la pituitrine une rétention d'eau régulière.

Considérations sur le mécanisme régulateur de l'excrétion rénale du chlorure de sodium. — M. Kourilsky.

Traitement mercuriel prolongé de l'aortite syphilitique. — MM. Laubry, Lenègre et Mathivat exposent les bons résultats des injections intraveineuses quotidiennes de cyanure de mercure dans le traitement des aortites syphilitiques : succès surtout décisifs chez les malades jeunes. Ce traitement doit être réservé aux seules aortites spécifiques, dûment établies par la conjonction des signes certains d'une cardiopathie et d'une syphilis en activité. Il ne doit jamais être prescrit pour les cardiopathies non spécifiques.

Radicotomie postérieure dans la coxarthrie. — MM. Coste, Gaucher et Hewitt. — Heureux résultats de cette intervention permettant de supprimer les douleurs dans la coxarthrie ; à prévoir cependant des difficultés et des contre-indications que l'avenir révélera.

M. de Sèze expose qu'il a pratiqué quatre fois avec M. Guillaume la section des racines postérieures dans la coxarthrie douloureuse.

Maladie de Besnier-Boeck-Schaumann avec virages des réactions tuberculiniques. — M. Desbuquois.

Traitement des constipations rebelles par l'infiltration novocaïnique lombaire. — MM. Faroy, Arnous et Feneon signalent une méthode de traitement des constipations opiniâtres : l'infiltration novocaïnique du sympathique lombaire. Les résultats obtenus montrent 66 % de guérisons.

Traitement des aortites et aorto-myocardites par des cures de 150 injections quotidiennes successives de cyanure de mercure. — M. R. Degos. — Déductions de 40 cas traités depuis 1937 par cette méthode. Très bonne tolérance. Disparition habituellement rapide des douleurs angineuses, plus lente de la dyspnée ; disparition souvent remarquable des troubles médiastinaux ; amélioration parfois inespérée de défaillances cardiaques rebelles à tous les toni-cardiaques. Réactions sérologiques souvent négatives.

SOCIETE DE BIOLOGIE

Séance du 27 mars 1943

Action du chlorhydrate d'adrénaline et du chlorhydrate d'éphédrine sur le choc anaphylactique du lapin. — MM. Pasteur Vallery-Radot, G. Mauric et Mme A. Holtzer concluent que le chlorhydrate d'adrénaline, par voie intraveineuse, n'a d'action protectrice vis-à-vis du choc anaphylactique du lapin qu'à la dose de 1/2 milligramme par kilog., et encore de façon inconstante. Le chlorhydrate d'éphédrine n'a montré aucune action protectrice.

Effets de la thyroïdectomie complète sur la crête et le plumage d'un coq Leghorn. (Présentation d'animal.) — M. F. Caridroit.

Sur la production de lésions type tuberculeux par des acides gras synthétiques α-α. disubstitués. — MM. Buu-Hoï et A.-R. Ratsimamanga.

(Réunion de Lyon) 17 mai 1943

Action d'une eau minérale sulfureuse sur l'élimination urinaire du bismuth : recherches expérimentales et cliniques. — MM. Gaté (J.), Milhaud (M.), Sauvageot (R.) et Passot (C.). — Après injection d'un sel liposoluble de bismuth à doses non toxiques ou thérapeutiques, bi-hebdomadaires, l'absorption d'eau minérale sulfureuse, chez l'homme comme chez l'animal, augmente le plus souvent — mais non toujours — l'élimination urinaire du bismuth, en proportion plus notable chez l'homme.

Après injection d'une dose unique non toxique les résultats sont variables et ne permettent pas de conclusions précises tant en ce qui concerne l'action propre de l'eau sulfureuse que l'action comparée de cette eau et du sérum physiologique.

SOCIETE DE PEDIATRIE

Séance du 13 avril 1943

Atrésie segmentaire du grêle et microcôlon. — MM. Rocher et de Lachanel.

Sténoses duodénales. — MM. Grenet et Boppe rapportent deux cas de sténose duodénale. Le premier concerne un enfant ayant fait en 1939 une première crise d'occlusion qui avait cédé à la position genu pectorale. L'intervention montra qu'il s'agissait d'un volvulus total de l'intestin autour du pédicule mésentérique par défaut de coalescence des mesos. Suites opératoires bonnes.

Le second concerne un nourrisson de 7 mois qui présenta des signes clinique analogues mais, à l'intervention, on trouva au voisinage de la mésentérique des lésions de périduodénite entraînant une compression.

La gale dans les colonies de vacances. — MM. Cambessedès et Boyer signalent la recrudescence de la gale, passée à Saint-Louis de 9.859 cas en 1939 à 102.645 à 1942. Chaque retour de vacances est l'occasion d'une diffusion nouvelle de la maladie, les enfants se contaminant en vacances et rapportant la maladie dans leurs familles.

Troubles de la synergie musculaire au cours des paralysies obstétricales du plexus brachial. — M. Leveuf étudie les conséquences de la contracture du grand rond au cours des paralysies obstétricales du plexus brachial : il en résulte un entraînement précoce de l'omoplate au cours de l'élévation du bras et une limitation de la rotation externe. Il y remédie en transplantant le grand rond pour le transformer en rotateur externe.

Abcès monstrueux d'origine indéterminée. — M. Leveuf. — Chez un enfant de 12 ans présentant des séquelles de paralysie infantile et ayant depuis sept ans un aplatissement de L_5 bien consolidé sont apparus en quelques jours deux énormes abcès dont il n'est pas possible d'affirmer l'origine tuberculeuse ou staphylococcique.

THÈSES DE PROVINCE

THESES DE MEDECINE DE LILLE

Année scolaire 1940-1941

9 thèses en vue du doctorat d'Etat numérotées de 1 à 9 inclus.

9. — Berche. *A propos de quelques observations de Maladie de Vaquez. Considérations générales et pathogénie.*

4. — Blond. *Etude bactériologique des sécrétions vaginales chez la petite fille et traitement des vulvo-vaginites par la folliculine.*

6. — Catteau. *Contribution à l'étude de l'œdème aigu du poumon au cours du rétrécissement mitral.*

8. — Charles (Guy). *Percuti-réactions tuberculiniques chez l'enfant.*

2. — Diers. *Etude sur les propriétés thérapeutiques de l'acide acétylorthécrésotique par voie intraveineuse dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu et de certaines athralgies douloureuses. La crésopirine soluble.*

3. — Ducamp (Mlle). *Rôle des sulfamides dans le rhumatisme articulaire aigu.*

5. — Lecomte. *Résultats éloignés du traitement orthopédique des luxations congénitales de la hanche.* Travail du Service de Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie de l'hôpital Saint-Sauveur (statistique du Service).

1. — Rogeaux. *Remarques sur la situation anatomo-radiologique du lobe moyen du poumon.*

7. — Watel. *L'innervation de l'uretère. Etude anatomique. Son rôle dans la physiologie et dans la physiopathologie de l'uretère. Déductions thérapeutiques.*

Année scolaire 1941-1942

35 thèses numérotées de 1 à 35 inclus.

3. — Abeele. *Diagnostic des tumeurs supra-sellaires chez l'enfant.*

23. — Alizon. *Contribution à l'étude du problème du diagnostic prénatal du sexe à l'aide de la sédimentation globulaire.*

5. — Andrieu. *Contribution à l'étude des rhumatismes chroniques au cours de affections digestives.*

20. — Aupetit. *Les indications et les limites actuelles de la sulfamidothérapie en dermatologie.*

16. — Baillet. *De la nocivité du rein tuberculeux exclu.*

31. — Baillot. *A propos d'un cas d'épiphysiologie de l'extrémité supérieure du fémur chez une mongolienne de 18 ans.*

9. — Béra. *Contribution à l'étude des endosympathoses généralisées d'origine digestive.*

8. — Bocquet. *Le phlycténoglucose. Contribution à l'étude du stockage lacunaire du glucose.*

27. — Callens. *Tuberculose et précarences.*

35. — Colau. *Contribution à l'étude des goitres de la puberté.*

25. — Cooren. *Sur un cas d'éléphantiasis nostras soumis à la sulfamidothérapie.*

33. — Cuvelier. *Les sulfamides en neurologie (méningites cérébro-spinales à méningocoque exceptées).*

29. — Darthois. *Contribution à l'étude de la primo-infection tuberculeuse maligne de l'adulte. Ses complications péricardiques.*

24. — Delemazure. *Résultats du traitement des fistules bronchiques par cautérisation.*

13. — Delmotte. *Contribution à l'étude des anémies graves, basée sur 87 observations à la Clinique médicale Saint-Sauveur.*

15. — Devaux. *L'emphysème sous-cutané médical chez l'enfant. A propos d'un cas observé chez un enfant de 30 mois porteur de nombreux ascaris.*

4. — D'Halluin. *Les ruptures sous-cutanées du tendon du long extenseur du pouce.*

14. — Dubois. *Les paralysies tardives du nerf cubital consécutives aux fractures du coude chez l'enfant.*

30. — Ducellier. *Les accidents locaux et les complications infectieuses après injections d'adrénaline.*

10. — Dutilleul. *Contribution à l'étude des diverticules de l'hypopharynx et en particulier de leur traitement médical.*

26. — Foucart. *Considérations sur l'anatomie et l'embryologie du larynx.*

6. — Fourrier. *La pyrétothérapie (et plus particulièrement l'abcès de fixation) dans le traitement de la chorée de Sydenham.*

34. — Gaillard. *La retraite du médecin.*

1. — Ghestem. *L'œil et le cycle ovarien.*

17. — de Jonkheere. *Les transfusions de sang dans le traitement des infections puerpérales.*

19. — Lefebvre. *Tests organiques d'entraînement. Bases physiologiques d'une étude critique.*

28. — Meurice. *Du choix d'un traitement dans l'amygdalite cryptique caséeuse de l'adulte et ses complications.*

2. — Pouille. *Observations sur la structure du goitre basedowien. Action de la lobectomie sur la structure du second lobe thyroïdien.*

21. — Raoult. *La pleurolyse extra-pleurale complémentaire dans les pneumothorax inefficaces.*

7. — Renard-Lefebvre (Mme). — *Vomissements acétonémiques et affections organiques du système nerveux.*

32. — Rétaux. *Le médecin peut-il surveiller la vue de l'enfant ?*

22. — Roussel. *Action de l'infiltration splanchnique sur la glycémie.*

12. — Tajchner. *Traitement des brulûres cutanées étendues récentes chez l'enfant*

11. — Tréca. *Contribution à l'étude des occlusions intestinales au cours de la grossesse.*

18. — Tullie. *L'anesthésie générale par inhalation chez les sujets de plus de 50 ans.*

CHRONIQUE

(*Suite de la page* 194)

Il n'y avait là cependant qu'un beau rêve ; l'auscultation même perfectionnée est incapable d'assurer le diagnostic précoce, qui ne peut être porté que sur les renseignements concordants donnés par l'examen clinique, la recherche des bacilles, l'examen radiologique.

La découverte du bacille avait apporté à Grancher une autre révélation : la preuve absolue de la nature contagieuse de la tuberculose. Cette contagion, Grancher démontre qu'elle va s'exercer avant tout en milieu familial et principalement vis-à-vis des enfants des tuberculeux. L'effort prophylactique devra donc porter sur la préservation de la graine, selon la formule pastorienne. Mon collègue J. Renault vous a dit à quelle œuvre admirable avait abouti cette conception.

Aujourd'hui où nous avons à notre disposition, outre l'auscultation et l'examen des crachats, le secours si important de l'examen radiologique, nous ne devons pas oublier quel a été le mérite de Grancher quand il cherchait des méthodes toujours plus précoces pour le diagnostic de la tuberculose. Nous devons garder pieusement dans notre mémoire le souvenir de Grancher et nous devons tous penser de lui ce qu'en disait le grand disciple de Pasteur, Emile Roux, au moment de sa mort, lorsqu'il prenait la présidence de son Œuvre : qu'il était l'un des hommes les plus passionnés pour la science et pour le Bien qu'il eût connu.

Comité National de l'Enfance

La journée d'études tenue le 10 juin au Ministère de la Santé Publique par le Comité National de l'Enfance fut l'occasion d'un nouvel hommage à Grancher.

Cette journée fut consacrée à la « Préservation de l'enfance contre la tuberculose ». La séance d'ouverture fut présidée par le Dr R. Grasset, Secrétaire d'Etat à la Santé et à la Famille.

Le Professeur P. Nobécourt remercie le Ministre d'avoir bien voulu accepter la présidence de cette réunion ; il lui promet le concours du Comité dans la lutte qu'il veut intensifier contre la tuberculose. Il salue les représentants du Comité National contre la Tuberculose qui participent à cette journée d'études.

Il expose brièvement les directives qui doivent présider à la lutte ; avec des modalités appropriées à chaque âge. Il faut d'une part renforcer la résistance de l'organisme, d'autre part, mettre l'enfant à l'abri de la contagion. Ce sont ces directives qui ont guidé dans le choix des questions mises à l'étude et confiées aux rapporteurs.

M. R. Grasset remercie le Comité de sa collaboration. Il expose les mesures-types prises pour coordonner les moyens mis en œuvre pour réaliser la prophylaxie de la tuberculose.

Il donne la parole au Dr Courcoux pour le rapport qu'il présente avec M. C. Guérin sur « La question du B. C. G. ». La prémunition réalisée par l'ingestion dans les premiers jours de la vie est bien inconstante et n'a pas réalisé les espoirs qui avaient été fondés sur cette méthode. L'injection sous-cutanée comporte des inconvénients, qui l'ont fait abandonner. La voie cutanée, par scarification, est seule à retenir ; elle est sans inconvénients et donne 95 % de réactions cutanées positives à la tuberculose ; mais ces réactions sont transitoires et il faut revacciner tous les deux ou trois ans. C'est dire que la prémunition par le B. C. G., si elle peut être tentée, ne suffit pas pour prévenir la tuberculose ; elle ne doit pas remplacer la lutte contre la contagion.

Le Dr Jules Comby, Président de l'Œuvre Grancher, prononce l'éloge de ce Maître, dont on célèbre cette année le centenaire. « Joseph Grancher a, le premier, insisté sur la nécessité de mettre l'enfant à l'abri des contacts avec les tuberculeux. En 1903 il a fondé l'Œuvre de préservation contre la tuberculose qui, depuis quarante ans, a constamment étendu son champ d'action. »

Le Dr Lelong traite de la « Préservation de la petite enfance et de l'enfance à l'âge préscolaire ». Elle doit être réalisée suivant les règles qui président à l'œuvre du Placement familial des Tout-Petits.

Au lieu d'enlever l'enfant au foyer familial, on peut, si le père seul est tuberculeux, placer celui-ci en sanatorium et laisser le bébé à sa mère.

Mais le nombre des bébés qu'on peut placer à la campagne ou des pères tuberculeux qu'on peut éloigner de la famille est forcément limité. Nombreux sont les cas où le bébé doit rester dans un foyer tuberculeux. M. Julien Marie expose la condition indispensable pour la « préservation de l'enfant au foyer familial ».

A ce sujet, la Fédération des Associations de familles nombreuses insiste sur l'intérêt qu'il y a de dissocier le moins possible la vie familiale.

Les cours de l'Institut de Thérapeutique de la Faculté de Médecine de Paris

L'Institut de Thérapeutique, sous la direction du Professeur Lœper, son créateur, a organisé au mois de juin une nouvelle série de cours sur des questions de haute actualité.

Est-il nécessaire de rappeler que l'Institut de Thérapeutique, à la fois organe de recherche et organe d'enseignement, a, depuis sa fondation consacré plusieurs cycles à l'étude de sujets importants exposés par des collaborateurs d'élite.

C'est ainsi qu'après des séries sur la chimiothérapie, l'endocrinothérapie, la thérapeutique du soufre, un cycle a été consacré aux Thérapeutiques associées pour lesquelles M. Lœper a trouvé un nom original et heureux, l'auxothérapie, nom qui frappe bien l'esprit et qui satisfait la raison car il est précis.

Devant le succès de ces cours, dont nous avons donné une liste très incomplète, M. Lœper, pour répondre aux sollicitations de ses élèves a dû les réunir en trois volumes édités de 1942 à 1943 par MM. Masson. Nous sommes assurés que la série de ces excellents volumes de l'Institut de Thérapeutique n'est pas close.

Il était à prévoir que 1943 nous apporterait une série de cours d'un aussi haut intérêt que les années précédentes. Deux questions s'imposaient avec évidence : la sulfamidothérapie et les vaccinations associées. Ce programme nous a valu de remarquables conférences.

L'action comparée des sulfamides au laboratoire et en clinique fut exposée par M. Nitti. Le métabolisme des sulfamides dans l'organisme humain fut traité par M. Claude Huriez (de Lille) et la question des échecs de la sulfamidothérapie clairement élucidée par M. Jean Cottet ; enfin M. le Professeur Harvier précisa dans quelles infections on doit utiliser les sulfamides et M. Levaditi indiqua l'orientation de l'action spécifique des sulfamides.

Les anatoxines furent étudiées au point de vue général par M. Boivin, puis M. Cathala parla de la prophylaxie de la diphtérie par l'anatoxine diphtérique et M. de Lavergne de celle du tétanos par l'anatoxine tétanique. L'anatoxine staphylococcique et le traitement des staphylococcies furent étudiés par M. Bonnet ; les vaccinations anatoxiques associées par M. le médecin général inspecteur Dopter ; enfin M. Sohier (de Lyon) termina cette brillante et si utile série de conférences par une étude très complète des séro-anatoxithéropies dipthérique, tétanique et botulique.

J'ai eu le grand plaisir d'entendre quelques-unes de ces leçons. La clarté et la simplicité avec lesquelles les orateurs traitèrent leurs sujets étaient bien faites pour séduire leurs auditeurs. Ceux-ci furent nombreux certes, mais, fait caractéristique, parmi les auditeurs, au milieu des étudiants j'ai vu souvent des maîtres attirés par l'intérêt d'actualité des sujets et la notoriété des éminents conférenciers. Aux deux derniers cours on remarquait notamment la présence de MM. Ramon, Aubertin, Boivin, du médecin général inspecteur Blanchard et de nombreux médecins des hôpitaux. C'est dire à quels besoins certains répond l'enseignement de haute qualité donné à l'Institut de Thérapeutique.

F.-L. S.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Les étudiants en Médecine et les médecins au Service du Travail

La question du Service obligatoire du travail qui a préoccupé les familles françaises est à l'ordre du jour des groupements de travailleurs intellectuels, et c'est normal, ceux-ci ne demandant pas à être favorisés par rapport à leurs camarades des professions manuelles. Il est temps de réviser ce dernier vocable car il n'existe pas un acte qui ne soit conditionné par un effort intellectuel. De même que les ouvriers qualifiés travailleront à l'usine s'ils sont électriciens, plombiers ou mécaniciens, les médecins et étudiants en médecine seront employés dans leurs spécialité, et c'est justice. Français et autorités occupantes sont d'accord sur cet important principe.

Voici dans quelles conditions nos camarades seront soumis aux exigences nouvelles qui varieront avec les classes convoquées.

***

A. — Classe 1942. — Tous les étudiants de cette classe, sans aucune exception, subiront le même sort et partiront pour travailler en Allemagne au même titre que tous les Français de leur classe. Dans cet effectif une enquête a révélé la présence en France de 150 externes et 3 internes. Mais tous ces jeunes gens seront employés outre-Rhin dans le personnel sanitaire, remplissant des fonctions sanitaires selon leurs capacités et leur degré d'instruction médicale. Ils travailleront là-bas sous la conduite de médecins dont ils seront les aides. Quant à ces médecins ils seront recrutés par le Service du Travail obligatoire rattaché à M. le Chef du Gouvernement.

***

Nous croyons, d'autre part, savoir que les mesures suivantes sont décidées :

B. — Classes 1941, 1940 et 4e trimestre 1939. — Les internes, les externes et tous les étudiants ayant des fonctions hospitalières resteront en France où ils seront groupés en équipes placées sous la direction du Secrétaire d'Etat à la Santé publique. Celui-ci les répartira dans les divers hôpitaux pour y être employés selon les besoins nécessaires. Des échanges seront pratiqués entre les hôpitaux ayant de gros besoins de personnel et qui réclameront des étudiants aux établissements moins occupés. Une interpénétration s'établira entre les grands et les petits hôpitaux pour qu'un courant d'échange médicaux puisse s'organiser à travers la France entière.

***

C. — Trois premiers trimestres 1939 jusqu'à la classe 1912. — Jusqu'ici aucun médecin n'a été appelé par la Commission de la main-d'œuvre française en Allemagne ; mais il y en aura bientôt pour réaliser l'encadrement sanitaire des travailleurs français qui va devenir une nécessité car c'est un million de civils français qui sont répartis pour l'Allemagne dans les centres de travail.

Les étudiants appartenant aux classes les plus jeunes de ce lot subiront le même sort que ceux des classes 1941 à 1939.

***

Les médecins. — Les médecins des cadres sanitaires des travailleurs français se recruteront par voie de réquisition ; ils seront appelés par classe et à titre civil. Ceci sera tout à fait indépendant de la relève des médecins prisonniers. Ils soigneront en Allemagne uniquement nos compatriotes civils et seront libres d'emmener leur femme. On pense pouvoir assurer ce recrutement grâce aux nouveaux docteurs non installés, car ils sortent annuellement des Facultés au nombre de 1.500 environ.

Maurice Mordagne.

ORDRE DES MÉDECINS

Résultats des élections départementales (1)

(Suite et fin)

Meuse. — Titulaires : MM. Adnet (Saint-Mihiel), Maillard (Commercy), Limasset (Bar-le-Duc), Marly (Ligny-en-Barois), Pierson (Saint-Mihiel), Courtot (Verdun). — Suppléants : MM. Husson (Rimbercourt), Bastien (Void), Durand (Verdun).

Morbihan. — Titulaires : MM. Denarrie (Vannes), Auge (Lorient), Loheac (Gourin), Salomon (Sainte-Ave), Lepipe (Lorient) Griffon (Vannes), Saint-Martin père (Carnac), Amphoux (Vannes), Mabin (Theix). — Suppléants : MM. Waquet (Auray), Thibaudet (Lorient), Remé (Plumelec).

(1) Voir *Gazette des Hôpitaux*, nos 9, 10 et 12, 1er mai, 10 mai et 1er juin 1943.

Nièvre. — Titulaires : MM. Lemoine (Nevers), Bourdillon (Nevers), Rudolf (Nevers), Burgeat (Cosne), Le Guillant (La Charité), Perdriat (Corbigny). — Suppléants : MM. Ducombe (Nevers), Petit (Decize), Dollet (Luzy).

Nord. — Titulaires : MM. Lemaître (Lille), Legand (Lille), Duthoit (Lille), Gernez (Lille), Vanverts (Lille), Lepoutre (Lille), Losten (Lille), Swynghedauw (Lille), Coppens (Lille), Leclercq (Lille), Nayrac (Lille), Piquet (Lille). — Suppléants : MM. Delannoy (Lille) Laffineur (Maubeuge), Langeron (Lille).

Oise. — Titulaires : MM. Gossart (Ribecourt), Baranger (Beauvais), Delie (Beauvais), Woimant (Compiègne), Chastel (Senlis), Debray (Creil), Graillon (Méru), Wurtz (Compiègne), Hallot (Noyon). — Suppléants : MM. Fabigon (Beauvais), Tournant (Compiègne), Le Maître (Senlis).

Orne. — Titulaires : MM. Bailleul (Alençon), Idoux (Alençon), Eltrich (Alençon), Limal (Moulins-la-Marche), Griveaud (Flers), Couinaud (Argentan), Roux (Ceaucé), Louvel (Tessé-la-Madeleine) Lefrançois (Flers). — Suppléants : MM. Henry (Mortagne), Boulard (Vimoutiers), Rousseau (Alençon).

Pas-de-Calais. — Titulaires : MM. Berghe (Béthune), Quené (Béthune), Leclerc (Arras), Château (Arras), André (Saint-Pol-sur-Ternoise), Devulder (Boulogne-sur-Mer), Vielle (Lens), Brassart (Arras), Delecourt (Noyelles-sous-Lens). — Suppléants : MM. Leroy (Boulogne-sur-Mer), Gradel (Arras), Stérin (Hesdin).

Puy-de-Dôme. — Titulaires : MM. Fichot (Clermont-Ferrand), Merle (Clermont-Ferrand), Dechambre (Clermont-Ferrand), Luton (Clermont-Ferrand), Piollet (Clermont-Ferrand), Germain (Clermont-Ferrand), Griveaud (Clermont-Ferrand), Durif (Clermont-Ferrand), Sahut (Aubière). — Suppléants : MM. Labesse (Durtol), Fr. Bellet (Montferrand), Genilliers (Sauxillanges).

Pyrénées (Basses-). — Titulaires : MM. Larrieu (Pau), — Aris (Pau), Saupiquet (Pau), Pachot (Pau), Malaplate (Pau), Lerembome (Ciboure), Melin (Le Poucau), Mercier des Rochettes (Biarritz), Lemaison (Bayonne). — Suppléants : MM. Leymarie (Bayonne), Parazols (Pau), Rubeton (Bayonne).

Pyrénées (Hautes). — Titulaires : MM. Dellon (Tarbes), Ducastaing (Tarbes), Castets (Tarbes), Salles (Aureilhan), Marcassus (Tarbes), Verdoux (Tarbes), Bergugnat (Argelès-Gazest), Giaccardy (Tarbes), Marcard (Tarbes). — Suppléants : Sempe (Tarbes), Desplantez (Tarbes), Rotge (Aureilhan).

Pyrénées-Orientales. — Titulaires : MM. Baillat (Perpignan), Baux (Perpignan), Duclos (Perpignan), Puig (Perpignan), Jamy (Perpignan), Bacou (Perpignan), Dalard (Perpignan), Cortade (Céret), Saporte (Perpignan). — Suppléants : MM. Pougault (Maury), Bes (Port-Vendres), Canceil (Argelès).

Rhône. — Titulaires : MM. Jean Gaté (Lyon), J. Passot (Lyon), E. Paillasse (Lyon), R. Peycelon (Lyon), A. Ricard (Lyon), L. Paufique (Lyon), L. Bouchut (Lyon), J. Dechaume (Lyon), G. Cotte (Lyon), J. Barbier (Lyon), J. Lacroix (Villeurbanne), J. Rosnoblet (Lyon). — Suppléants : MM. A. Brochier (Lyon), P. Vignard (Lyon), L. Bourrat (Lyon).

Saône (Haute-). — Titulaires : MM. Pegeot (Melisey), Engelhard (Luxeuil), Mathey (Ronchamp), Duchit-Suchaux (Magny-les-Jussey), A. Renard (Vesoul), Vichard (Vesoul). — Suppléants : MM. Petitjean (Vesoul), Blanchard (Vauconcourt), Juilliard (Rioz).

Saône-et-Loire. — Titulaires : MM. Prieur (Chalon-sur-Saône), Durand (Chalon-sur-Saône), Renaud (Autun), Ozanon (Romenay), Armand (Mâcon), Aubery (Paray-le-Monial), Combier (Saint-Bonnet-de-Joux), Frarier (Charolles). — Suppléants : MM. Cuilleret (Mâcon), Ardisson (Chalon-sur-Saône), Chattot (Le Creusot).

Sarthe. — Titulaires : MM. Langevin (Le Mans), Gallouedec (Parigné-l'Evêque), Chartier (Le Mans), Barbet (Le Mans), Allain (Teloche), Plaisant (Le Mans), Pottier (Le Mans), Mordret (Le Mans), Collière (La Ferté-Bernard). — Suppléants : MM. Chereau (Le Mans), Papin (Le Mans), Baranger (Le Mans).

Savoie. — Titulaires : MM. L. Blanc (Aix-les-Bains), Masson (Chambéry), P. Robert (Chambéry), F. Truchet (Chambéry), F. Cléret (Chambéry), Brachet (Saint-Sigismond), Levaxellaire (Chambéry), Merlot (Albertville), Francons (Aix-les-Bains). — Suppléants : MM. Relly (Chambéry), Forestier (Aix-les-Bains), Clerc (Saint-Pierre-d'Albigny).

Savoie (Haute-). — Titulaires : MM. Pelloux (La Roche), Gelas (Thonon), Palluel (Saint-Julien), Charieux (Annemasse), Deschamps (Annecy), Meilhan (Annemasse), Bonnefoy (Sallanches), Gay (Saint-Jeoire), Arnaud (Passy). — Suppléants : MM. Cons (Annecy), Tobé (Passy), F. Chevalier (Thonon).

Seine-Inférieure. — Titulaires : MM. Billiard (Rouen), Lessertisseur (Rouen), Dessaint (Rouen), Samson (Rouen), Lefrançois (Le Havre), Gibert (Le Havre), Delgove (Neufchâtel), Cerne (Rouen). — Suppléants : MM. Petit (Rouen), Lanos (Le Havre), Paradis (Rouen).

Somme. — Titulaires : MM. Carton (Flixécourt), Girard (Amiens), Sourdat (Amiens), Baledent (Amiens), Poulain (Amiens), Caraven (Amiens), Rimy (Flesselles), Maes (Abbeville), de Butler (Amiens). — Suppléants : MM. Devillers (Roye), Perdu (Amiens), Leplat (Amiens).

Tarn. — Titulaires : MM. Devoisin (Albi), Lapeyre (Albi), Gourc (Albi), Bonneville (Mazamet), Chabbert (Castres), Mimart (Saint-Pierre-de-Trévisi) Priou (Lavaur), Clermont-Pezous (Villefranche-d'Albigeois), Pigot (Albi). — Suppléants : MM. Reboul (Castres), Guilhamon (Castres), Petit (Cordes).

Tarn-et-Garonne. — Titulaires : MM. Manhavialle (Montauban), Caves (Montauban), Meric de Bellefont (Montauban), Denis (Montauban), Pouget (Cazes-Mondenard), Louis Boscq (Lafrancaise). — Suppléants : MM. Cleyze (Montauban), Rouanet (Moissac), Pouch (Montauban).

Var. — Titulaires : MM. Laures (Toulon), Coulomb (Toulon), Longchampt (Toulon), Salvetti (Toulon), Gauran (Toulon), Amalric (Toulon), Jourdan (Toulon), Jamin (Toulon), Mège (Toulon). — Suppléants : MM. Rochas (Brignoles), Villeclaire (Toulon), Girard (Draguignan).

Vaucluse. — Titulaires : MM. Masquin (Avignon), Stéfani (Avignon), Tartanson (Avignon), Montagard (Avignon), R. Michel-Béchet (Avignon), Bec (Avignon), Charlet (Avignon), Godlewski (Sorgues), Girard (Avignon). — Suppléants : MM. H. Michel-Béchet (Avignon), Barre (Avignon), Pérol (Avignon).

Vendée. — Titulaires : MM. Cullerre (La Roche-sur-Yon), Choyau (La Roche-sur-Yon), Moreau (La Roche-sur-Yon), Routelier (La Roche-sur-Yon), Sébileau (La Roche-sur-Yon), Simonin (La Roche-sur-Yon), Henrot (Challans), Mignen (Pouzanges), Barre (La Jandonnière). — Suppléants : MM. Laforge (Fontenay-le-Comte), Marchand (Les Sables-d'Olonne), Boisde (La Roche-sur-Yon).

Vienne. — Titulaires : MM. Barnsby (Poitiers), Le Blaye (Poitiers), Vincent (Poitiers), Quivy (Poitiers), Guillaud-Vallée (Poitiers), Perdoux (Poitiers), Beauchant (Poitiers), Fumeau (Poitiers), Savin (Poitiers). — Suppléants : MM. Louis Fagart (Neuville-du-Poitou), Maisondieu (La Trémouille), Ferru (Poitiers).

Vienne (Haute-). — Titulaires : MM. Henri (Limoges), Duverger (Limoges), Filhoulaud (Limoges), Lory (Limoges), Verger (Limoges), Valière-Vialex (Limoges), Raymond (Limoges), Delhoume (Pierre-Buffière), Bazert (Limoges). — Suppléants : MM. Durand (Limoges), Robin (Limoges), Surun (Bellac).

Vosges. — Titulaires : MM. Laflotte (Epinal), Manteaux (Epinal), Algand (Epinal), Richaud (Bulgneville), Gauthier (Epinal), Delfourd (Epinal), Hutin (Epinal), Delille (Epinal), Durand (Gérardmer). — Suppléants : MM. Cornu (Neufchâteau), Thinesse (Epinal), Hadot (Pouxeux).

Yonne. — Titulaires : MM. Cornet (Auxerre), Gache (Villefranche-Saint-Phal), Picquet (Sens), Chevereau (Auxerre), Sarrazin (Auxerre), Kœchlin (Avallon), Schwartz (Sens), Houde (Auxerre), Alf. Forgeron (Saint-Florentin). — Suppléants : MM. R. Fort (Joigny), Hugot (Chablis), Plait (Ancy-le-Franc).

Elections au Conseil National de l'Ordre des Médecins

Région de Paris. — Titulaires : MM. Puig, Duvelleroy, Hollier, Balthazard, Coutela ; suppléants : MM. Larget Lafay.

Région d'Angers. — Tit. : M. Auvigne (Nantes) ; suppl. : M. Leroy (Angers).

Région de Besançon. — Tit. : M. Deguignand (Dijon) ; suppl. : Professeur Bauffle (Besançon).

Région de Bordeaux. — Tit. : Professeur Aubertin (Bordeaux) ; suppl. : M. Gauzère (Tartas).

Région de Châlons-sur-Marne. — Tit. : M. Deroche (Reims) ; suppl. : M. Lugnier (Marcilly).

Région de Clermont-Ferrand. — Tit. : M. Fichot ; suppl. : M. Dufourt.

Région de Grenoble. — Tit. : M. Blanc ; suppléant : M. Arbassier (Grenoble).

Région de Laon. — Tit. : M. Lemarchal ; suppl. : M. Poulain.

Région de Lille. — Tit. : M. Berche ; suppl. : Professeur Piquet.

Région de Limoges. — Tit. : M. Hervy ; suppl. : M. Asselin.

Région de Lyon. — Tit. : M. Barret ; suppl. : M. Paufique.

Région de Marseille. — Tit. : M. Laurès ; suppl. : M. Carlotti.

Région de Montpellier. — Tit. : M. Vidal ; supp. : M. Etienne.

Région de Nancy. — Tit. : Profeseur Perrin (Nancy) ; suppl. : M. Algan (Epinal).

Région d'Orléans. — Tit. M. Carlotti (d'Auneau) ; suppl. : M. Eschlach (Bourges).

Région de Poitiers. — Tit. : M. Chovau (La Roche-sur-Yon) ; suppl. : M. Jonchères (Saintes).

Région de Rennes. — Tit. : M. Philippon ; suppl. : Professeur Le Damany.

Région de Rouen. — Tit. : M. Fabre ; suppl. : M. Bergouignan.

Région de Toulouse. — Tit. : M. Caffort ; suppléant : M. Dellon.

LIVRES NOUVEAUX

Psychopathologie de la vision, par Jean Lhermitte et de Ajuriaguerra. 1 vol. Masson 1942, 145 p.

Si de nombreuses études ont porté sur les troubles qui sont la conséquence des altérations des appareils primaires de la vision, c'est-à-dire des dispositifs qui s'échelonnent depuis le bulbe oculaire jusqu'à la rétine corticale, la région calcarinienne, l'on a été beaucoup moins averti des perturbations qui se produisent, à la suite de lésions cérébrales, dans les perceptions élémentaires et complexes et plus généralement dans l'organisme de la pensée visuelle. Si l'on réfléchit que toute notre activité psychique et notre comportement social et personnel se trouvent sous la dépendance de notre vision intérieure et extérieure, on comprendra tout l'intérêt qu'il y avait à analyser les diverses perturbations qui bouleversent la pensée visuelle et à en opérer le groupement. C'est dans ce dessein que MM. J. Lhermitte et de Ajuriaguerra ont consacré leur effort et rédigé l'ouvrage intitulé « Psychopathologie de la vision ».

Observons déjà que l'hémianopsie la mieux caractérisée s'avère une altération complexe si on l'analyse de près, qu'il faut prendre garde aux modifications de l'attention, de la discrimination des objets fixes d'avec les choses animées, enfin que l'on oubliait trop souvent la recherche du croissant temporal, vestige de la vision monoculaire d'autant plus attachant que cette zone peut être le siège électif d'anopsie ou d'hallucinations. Des réflexions analogues peuvent s'appliquer à la cécité corticale, laquelle se double de modifications psychologiques tout autres que les cécités périphériques, à commencer par la méconnaissance de la cécité et la production d'un état hallucinatoire actif et persistant.

La question des agnosies visuelles forme un des points les plus difficiles de la psycho-pathologie, pour la raison que l'on trouve trop souvent mélangées aux données de fait des inductions trop générales ou trop largement métaphysiques.

Si l'on veut mettre de l'ordre dans l'étude des agnosies visuelles, il convient, selon les auteurs, de scinder celles-ci en agnosies visuelles pour les choses et agnosies pour l'espace. De la première variété, nous trouvons dans Charcot un admirable exemple, mais c'est à Lissauer que nous devons une complète identification. Cette agnosie pour les choses, cette cécité psychique, n'apparaît pas liée à une désorganisation plus ou moins discrète des fonctions visuelles primaires et encore moins à une **diaschisis** entraînant une réductivité de l'activité intellectuelle et par conséquent temporaire. Les faits anatomo-cliniques permettent d'affirmer que cette agnosie répond à une lésion limitée, et dure aussi longtemps que cette altération ne s'est pas fonctionnellement restaurée. Si la cécité psychique s'applique à tous les objets, elle ne ménage pas les symboles géométriques ni graphiques et les auteurs sont conduits à reprendre le problème de l'alexie. D'après J. Lhermitte et de Ajuriaguerra, l'alexie doit être décomposée en deux variétés : la première, qui comprend l'alexie pure, la seconde dans laquelle l'incapacité de la lecture s'accompagne d'agraphie. L'une et l'autre de ces alexies répondent à des lésions particulières. A côté de l'alexie, il convient de placer la cécité pour les chiffres, laquelle s'associe avec une fréquence extrême avec l'agnosie pour les couleurs. Cette dernière reste, devons-nous le rappeler, différente de l'achromatopsie.

Au seuil de leur exposé des agnosies spatiales, les auteurs montrent comment il convient de distinguer deux notions : le sens de l'orientation, le sens de la direction et de la localisation dans l'espace. Localiser un objet dans l'espace qui nous entoure n'est pas s'orienter, pas plus qu'orientation et direction ne recèlent le même sens. Ce sont les objets que nous localisons, mais c'est nous-mêmes qui nous orientons. D'autre part, si l'on pousse un peu l'analyse d'un trouble qui semble simple comme la localisation d'une chose, l'on s'aperçoit que la fonction qui entre en jeu est plus complexe qu'on ne l'eût pensé et qu'il se produit, par exemple, des erreurs de localisation relative, c'est-à-dire des objets entre eux et des erreurs de localisation absolue, c'est-à-dire par rapport au sujet percevant.

Après avoir rappelé les théories qui se proposaient d'expliquer le mécanisme de l'orientation dans l'espace, J. Lhermitte et Ajuriaguerra montrent comment les lésions qui atteignent les lobes occipitaux entraînent la désagrégation de la fonction d'orientation, qu'il s'agisse du défaut d'orientation sur un plan ou *in concreto*, c'est-à-dire dans la réalité. Il convient de distinguer cette altération de l'orientation avec le déficit des représentations : celles-ci ne sont pas touchées dans les faits que nous avons en vue ici. On le sait, les études neurologiques récentes ont attiré l'attention sur l'importance de l'image corporelle à laquelle P. Schilder et Lhermitte ont consacré deux importants ouvrages. Or cette représentation de notre corporalité doit, de nécessité, s'articuler avec l'espace ; en d'autres termes, pour agir sur les choses, il est obligé d'avoir dans l'esprit le schéma des relations spatiales par lesquelles se relient l'espace ambiant peuplé de ses objets et notre propre corps. Or, il est des malades chez lesquels la dissolution de l'image corporelle est telle qu'ils se montrent incapables d'agir malgré la conservation parfaite des fonctions supérieures, d'une part, et de toutes les activités nerveuses élémentaires, d'autre part. Il s'agit d'une véritable apraxie pure et sous l'exclusive dépendance de l'effacement de l'image corporelle dont on sait la prééminence des composantes visuelles.

A côté de cette modalité d'apraxie, il en est d'autres sur lesquelles s'étendent nos auteurs : l'apraxie constructive et l'apracto-gnosie géométrique. La première éventualité se spécifie par la conservation des praxies élémentaires qui contraste avec l'impossibilité d'organiser un ensemble concret à l'aide de fragments dispersés. Ce trouble du mouvement demande donc à être cherché. Tout proche de ce désordre se classe l'apracto-gnosie géométrique caractérisé par l'impossibilité de figurer et d'identifier les symboles géométriques. De même que l'alexie pure, cette perturbation se montre durable et ne doit pas être entendue comme le reflet d'un trouble plus général et temporaire tel que peuvent le réaliser un choc ou une **diaschisis**.

Encore que tout ne soit dit sur la localisation des altérations cérébrales qui sont à l'origine des perturbations que nous visons, l'on peut accorder avec Lhermitte et Ajuriaguerra que nous avons en main un assez grand nombre de faits pour se persuader que les différents syndromes qui ont été évoqués sont conditionnés par des destructions limitées dans telle ou telle région du cerveau occipital, sans qu'il soit question pour cela de localiser la fonction lésée dans la zone corticale atteinte par le processus morbide.

Un important chapitre de cet ouvrage est consacré à l'étude des hallucinations consécutives aux altérations organiques des sphères visuelles, péri et para-visuelles. Qu'il s'agisse de tumeurs, de foyers malaciques ou hémorragiques, de lésions traumatiques ou simplement régressives telles qu'on les observe dans la sénilité, des hallucinations peuvent apparaître soit dans tout le champ visuel, soit dans tel secteur anopsique. Ces hallucinations de la vue, qui s'étagent en complexité depuis le phantasme le plus élémentaire jusqu'aux images les plus chargées d'éléments, se différencient par leurs caractères fonciers d'avec les hallucinations visuelles qui éclosent et se développent à la suite des lésions de la calotte pédonculaire, comme l'on fait voir Lhermitte et L. Van Bogaert, et jamais ne se doublent à la manière des hallucinations d'origine occipitale de modifications élémentaires de la vision.

M. Hécaen.

Précis de Neurologie, troisième édition entièrement revue, par L. Rimbaud, Professeur à la Faculté de Médecine de Montpellier. Un volume in-8° de 960 pages avec 241 figures en noir et en couleurs. Broché : 328 fr. ; cartonné, 365 fr. Gaston Doin et Cie, éditeurs, place de l'Odéon, Paris (6e). Collection Testut.

Voici la troisième édition de ce précis, œuvre maîtresse de M. le Professeur Rimbaud. Elle a suivi de près la deuxième qui fut épuisée en deux années au cours desquelles l'état de guerre a cependant notablement réduit l'activité scientifique.

Cette nouvelle édition a été revue avec soin et entièrement remaniée. Les paragraphes consacrés à la thérapeutique ont été généralement complétés et développés. En particulier ceux du traitement de la paralysie générale, de l'épilepsie, des méningites, les applications de la vitaminothérapie et de la sulfamidothérapie ont été exposées en détail.

Les principes et la méthode de l'électroencéphalographie sont présentés avec schémas explicatifs.

La description des encéphalites et des maladies à virus, l'étiologie de la poliomyélite, la symptomatologie et le diagnostic des hémorragies méningées ont été mis au point.

Enfin un important chapitre consacré au syndrome vestibulaire a été entièrement rédigé par le Professeur Barré. Il l'a fait avec une exceptionnelle compétence et une remarquable clarté.

L'iconographie a été renouvelée et augmentée.

Et cependant, respectant toujours son idée directrice qui est d'écrire un livre de médecine simple et pratique, l'auteur n'a pas sensiblement modifié le volume de l'ouvrage et a réussi à condenser en moins de mille pages les éléments de neurologie indispensables au médecin. Il est superflu d'ajouter que cet ouvrage n'est pas seulement solidement construit, il porte aussi la marque de la clarté que le maître de Montpellier apporte toujours dans son enseignement.

Thérapeutiques associées (Auxothérapie). — Sous la direction de M. Lœper, par H. Bénard, H. Claude, A. Dognon, A. Giroud, Ch. Laubry, R. Leriche, M. Lœper, S. Oberlin. Un volume de 130 pages. Masson, éd., 1942. Prix : 45 fr.

L'auxothérapie (M. Lœper). — Les associations médicamenteuses en thérapeutique cardio-vasculaire (Ch. Laubry). — L'association du soufre au traitement de l'hypertension artérielle (M. Lœper). — L'association de la chirurgie au traitement de l'hypertension artérielle (R. Leriche). — L'association du choc en thérapeutique neuropsychiatrique (H. Claude). — La Rœntgenthérapie totale et les actions humorales indirectes (A. Dognon). — Injections intraveineuses lentes et continues (H. Bénard). — L'anesthésie par voie veineuse (S. Oberlin). — Les ressources thérapeutiques du cortex surrénal (A. Giroud).

Chimiothérapie. — Sous la direction de M. Lœper, par L. Justin-Besançon, René Hazard, R. Legroux, Jean Régnier, C. Sannié. Un volume 122 pages. Masson, éd., 1942. Prix : 45 fr.

Le sulfamide dans la thérapeutique des plaies (R. Legroux). — Les Sympatholytiques de synthèse (R. Hazard). — Les Œstrogènes de synthèse (C. Sannié). — Les derniers dérivés de l'opium (Jean Régnier). — Les vitamines nicotiniques en thérapeutique (L. Justin-Besançon).

Le soufre. — Sous la direction de M. Lœper, par M. Ameuille, L. Binet, R. Fabre, H. Gougerot, R. Hazard, M. Lœper, J. Verne. — Un volume de 125 pages (Institut de Thérapeutique de la Faculté de Médecine de Paris). Masson, éd., 1943. Prix : 45 fr.

Le soufre et la vie de la cellule, par Jean Verne. — L'élément soufre en pharmacodynamie, par René Hazard. — Le soufre des eaux minérales, par René Fabre. — Action détoxicante du soufre, par Léon Binet. — Le soufre en dermato-syphiligraphie, par Henri Gougerot. — Le soufre et le traitement des maladies des voies respiratoires, par Pierre Ameuille. — Le soufre et l'assouplissement des tissus, par Maurice Lœper.

Sulfamidothérapie, par Paul Harvier, professeur de clinique médicale à la Faculté de Médecine de Paris, membre de l'Académie de Médecine, et Marcel Perrault, médecin des hôpitaux de Paris. Un vol. in-8° de 146 pages, 38 fr. 50. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e.)

Ce livre, bien que tout récent, est déjà considéré comme une œuvre destinée à devenir classique. Devant l'abondance des publications il était, en effet, devenu nécessaire de faire le point et de présenter l'état actuel de la médication sulfamidée, en dégageant ses indications véritables, en insistant sur les règles générales qui président à son mode d'emploi, qu'il s'agisse de posologie, de modes d'administration, de thérapeutiques associées. Les auteurs ont écarté toute idée de compilation bibliographique forcément incomplète et dont la plupart des éléments ont déjà vieilli ou sont d'un intérêt restreint. Ils exposent ainsi essentiellement leur façon de voir actuelle, fondée sur leur expérience personnelle de thérapeutes et de cliniciens, et appuyée sur les travaux des auteurs, français ou étrangers, qui leur ont paru donner les avis les plus autorisés. Ce livre est de ceux dont la lecture s'impose.

Les maladies de la basse-cour, par M. G. Lissot, docteur vétérinaire, avec préface du Dr Caridroit, directeur du Laboratoire d'endocrinologie à l'Ecole des Hautes Etudes, directeur de la station physiologique du Collège de France, illustrations d'André Seugé. Un volume broché de 258 pages, prix : 30 francs. Flammarion éditeur, Paris 1943.

Les nécessités du moment ont amené beaucoup de confrères à s'occuper plus activement de propriétés qui jusqu'alors étaient qualifiées de propriétés d'agrément. L'élevage de la basse-cour s'est révélé fort intéressant, mais aussi plein de déceptions. Ce sont ces déceptions que veut nous éviter M. Lissot en posant ce principe que « pour qu'un élevage rapporte il faut qu'il soit sain ».

Son livre est un ouvrage pratique, écrit par un praticien, pour des praticiens. Il est clair, abondamment illustré. Il rendra de grands services.

Retenons quelques-unes des vérités premières rappelées par l'auteur.

« A l'état naturel les oiseaux pondent chaque année quelques œufs au printemps pour perpétuer leur espèce. Mais l'homme impose aux poules de pondre près de 200 œufs par an...

« Tout ce qui sort par l'oviducte et même un peu plus doit auparavant entrer par le bec... »

Ainsi, l'agriculteur se trouve placé en face d'un problème insoluble : ou bien donner, comme c'est son devoir, tout son grain au Ravitaillement, ou bien ne pas nourrir ses poules et manquer à cet autre devoir, la livraison des œufs imposé par le même Ravitaillement.

L'auteur nous rappelle heureusement qu'à l'état de liberté les poules, guidées par leur instinct, savent merveilleusement choisir leur nourriture et trouver les vitamines indispensables à leur santé... Mais il est nécessaire de veiller à la conservation de cette santé sans cesse menacée par le parasitisme ou les infections. C'est cette prophylaxie des maladies de la basse-cour (volailles et lapins) qui est exposée clairement et très utilement, dans l'excellent livre dont nous recommandons la lecture.

F. L. S.

L'Année Médicale Pratique. — 22e année, édition 1943, publiée sous la direction de C. Lian, professeur d'Histoire de la Médecine, médecin de l'Hôpital Tenon. Préface du Prof. E. Sergent. Un vol. in-16 cour., 400 pages. Edit. Lépine. Prix : 65 francs.

« L'Année Médicale Pratique » est un petit volume annuel indispensable à tous les médecins qui tiennent à être au courant de l'évolution de la médecine et à faire profiter leurs malades de tous les progrès dans les domaines respectifs du diagnostic et de la thérapeutique.

Tous les précieux renseignements que contient ce volume sont très faciles à trouver, car les articles sont classés par ordre alphabétique. C'est dire le succès constant et mérité de cet ouvrage attendu chaque année par des milliers de médecins.

MEMENTO CARTIER, Edition Sud-Est. — L'édition 1943 du Memento Cartier, région du Sud-Est, vient de paraître. Elle groupe, comme à l'habitude, toute la documentation médicale et hospitalière de la région Sud-Est, soit les 28 départements de ce secteur et Villes d'Eaux.

Le volume de 1.500 pages, in-8° raisin, est présenté sous une élégante reliure simili cuir, poids 2 kilos.

Il faut louer les éditeurs de l'effort que représente un pareil ouvrage dans l'époque que nous traversons et leur savoir gré d'avoir conservé, au Corps médical, un instrument de travail indispensable.

Le volume : 90 francs ; port : 15 francs.

L'Edition 1944 paraîtra, comme à l'habitude, en début d'année. Il est conseillé de retenir, dès à présent, les souscriptions et les emplacements de publicité dont le nombre est limité.

Editions du Memento Cartier, 13, rue Puits-Gaillot, Lyon, B. 51-68.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.
Imp. Tancrède, Paris - 31.1080 (Autorisation n° 83)

N° 14. — 10 JUILLET 1943 116e ANNÉE Ce numéro : 2 francs.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT. — Un an : France et Colonies, 75 fr. Étudiants, 40 fr. ; Etranger : 1re zone, 110 fr., 2e zone, 125 fr. *Chèques postaux : Paris 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

POUR NOS ABONNÉS DE LA ZONE NON OCCUPÉE, adresser renouvellements et toutes communications aux Messageries Hachette, 12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône) *Chèques postaux : Lyon 218* (Service *Gazette des Hôpitaux*)

SOMMAIRE

Bi-hebdomadaire paraissant provisoirement deux fois par mois

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris

Concours de chirurgien des hôpitaux. — Ont été nommés au premier concours (1 place), M. Poilleux ; au deuxième concours (1 place), M. Cauchoix ; au troisième concours (1 place), M. Calvet.

Concours de médecin des hôpitaux. — Premier concours (3 places), MM. Brouet, Mahoudeau et Laffitte ; deuxième concours (3 places), MM. Fauvert, Salles et Deparis.

Troisième concours de médecin des hôpitaux. — Admission (2 places). — Jury définitif. Section A : MM. Harvier, Tixier, Chabrol, Carrié, Lemaire, Laporte. — Section B : MM. Grenet, Fiessinger, Troisier, Duvoir, Jacquelin, Escalier.

Nomination à deux places. — Classement définitif : MM. Turiaf, Rambert, Cachin, Laplane, Bolgert, Netter, Grossiord, Debray et Bouvrain.

MM. Turiaf et Rambert sont nommés médecins des hôpitaux.

Concours de l'externat (juin 1943). — Questions données : Anatomie :

1° Apophyse coracoïde de l'omoplate (description morphologique, insertions musculaires et ligamentaires, sans les rapports ;

2° Ligament latéral externe du genou sans les rapports ;

3° Enumérer dans leur ordre de naissance sans aucun commentaire les branches de l'aorte abdominale ;

4° Innervation des muscles de l'éminence thénar sans description du trajet ni des rapports des nerfs ;

5° Muscle couturier : origine, trajet, terminaison, sans les rapports ni l'innervation.

Pathologie médicale :

1° Description et évolution de l'éruption cutanée de la varicelle non compliquée ;

2° Caractères de la douleur dans l'ulcère duodénal non compliqué et sans retentissement pylorique ;

3° Renseignements fournis par la percussion dans la pleurésie séro-fibreuse gauche de la grande cavité, à la période d'état ;

4° Le frottement péricardique : caractères et signification ;

5° Renseignements fournis par la ponction lombaire et l'examen du liquide céphalo-rachidien dans la méningite tuberculeuse à la période d'état ;

6° Renseignements fournis par l'examen de l'œil dans le tabès.

Pathologie chirurgicale :

1° Où et comment rechercher les adénopathies dans le cancer banal non ulcéré du sein. Leurs caractères cliniques ;

2° Examen clinique sans la radiographie, d'un blessé atteint d'une fracture récente cervico-trochantérienne du fémur ;

3° Caractères différentiels des souffles de l'anévrysme artériel et de l'anévrysme artério-veineux ;

4° Renseignements fournis par le toucher, dans le kyste de l'ovaire non compliqué.

Concours de l'Internat des Hôpitaux de la région de Paris 1943. — Liste, par ordre de mérite, des candidats reçus internes :

MM. : 1) de Person, 73 ; 2) Pouchol, 72 1/2 ; 3) Chardin, 71 1/2 ; 4) Guilleminot, 70 ; 5) Prévost, 69 1/2 ; 6) Pillot, 66 ; 7) Blanguernon, 64 ; 8) Matet, 62 1/2 ; 9) Vermeulen, 59 1/2 ; 10 Tola Ricardo), 59.

11) Mlle Bricard (Marie), 59 ; 12) Boyet, 58 1/2 ; 13) Caye, 58 ; 14) Lepagney, 58 ; 15) Viollet, 57 1/2 ; 16) Barral, 57 1/2 ; 17) Pesle, 57 1/2 ; 18) Sgard, 57 ; 19) Poulain, 55 1/2 ; 20) Maille, 55.

21) Sevin, 55 ; 22) Monfrais, 55 ; 23) Deniziaut, 54 1/2 ; 24) Flouquet, 54 ; 25) Levesque, 54 ; 26) Brière, 54 ; 27) Poujol, 53 1/2 ; 28) Melun, 53 1/2 ; 29) Mlle Fagnot, 53 ; 30) Tsevrenis, 53.

31) Chibout, 53 ; 32) Mlle Léonard, 52 ; 33) Bidault, 52 ; 34) Hoskinas, 50 ; 35) Dessus, 49 1/2.

Concours de prosecteur à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux (2 places). — Le concours s'est terminé par la nomination de MM. Dufourmentel et Morel-Fatio.

Médecins de l'Assistance à domicile. — (10 places). Tirage au sort du jury : Médecin des hôpitaux : M. Decourt ; accoucheur des hôpitaux : M. Chirié ; médecins de l'A. M. à domicile : MM. Routhier Langlois, Paul Renault, Chalard, Alphonse Morin.

Hôpitaux de province

Hospices civils de Saint-Etienne. — La Commission administrative des Hospices civils de Saint-Etienne donne avis que le lundi 8 novembre 1943, à 8 heures du matin, il sera ouvert un concours public pour la nomination d'un électro-radiologiste de ses établissements.

Ce concours aura lieu à Lyon, à l'Hôtel-Dieu ou à l'Hôpital de Grange-Blanche, devant un jury médical présidé par un membre de la Commission administrative des Hospices de Saint-Etienne ; il comprendra six épreuves.

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétariat général des Hospices, 37 bis, rue Michelet, à Saint-Etienne.

Le registre d'inscription sera clos le samedi 30 octobre 1943, à 12 heures.

Faculté de Médecine de Paris

Concours du clinicat 1943. — Ont été proposés : (24 juin) Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu), M. Sénéchal. — (25 juin) Clinique gynécologique (Broca), M. Thoyer-Rozat ; Clinique obstétricale (Tarnier), MM. Musset et Le Picard, Mlle Meurdras. — (26 juin) Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine), MM. Bourdin et Vernemouze ; Clinique cardiologique (Broussais), M. Tétreau. — (28 juin) Clinique chirurgicale (Salpetrière), Mlle Jurain ; Clinique chirurgicale (Saint-Antoine), M. Fréret ; Clinique chirurgicale (Hôtel-Dieu), M. Orfali (à titre étranger). — (29 juin) Clinique médicale (Hôtel-Dieu), MM. Grislain, Nick, Loeper (Jacques) ; Clinique médicale (Broussais), MM. Audoly, Cuvereau, Mme Weill, M. Motte ; Clinique médicale (Cochin), MM. Viguié, Deuil ; Clinique médicale (Bichat), M. Vialatte. — 30 juin) Maladies infectieuses (Claude-Bernard), MM. Audry et Milliez ; Hygiène de la première enfance (Trousseau), Mme Joussemet, Mlle Rist, M. de Lignières.

—La fin des concours aura lieu en octobre.

Ecoles de Médecine

Angers. — M. Guiet, chef de travaux de chimie, est chargé provisoirement du cours de chimie biologique.

Clermont-Ferrand. — M. Vaurs, professeur d'histoire naturelle et parasitologique, est transféré dans la chaire d'hygiène et bactériologie (en remplacement de M. Mornac, retraité).

Tours. — M. Paulin, suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale, est nommé professeur titulaire dans la même chaire.

Santé publique

Conditions d'application aux étudiants en médecine et aux étudiants en chirurgie dentaire de la loi n° 191 du 25 mars 1943 relative à la relève des médecins, pharmaciens et dentistes maintenus en service dans les camps de prisonniers en Allemagne. — Rectificatif au *Journal Officiel* du 19 juin 1943 : page 1678, 3e colonne, article unique, 2e alinéa, au lieu de : « Les étudiants en chirurgie dentaire, titulaires de plus de dix inscriptions validées... », lire :

« Les étudiants en chirurgie dentaire, titulaires de plus de huit inscriptions validées... »

Directions régionales de la Santé et de l'Assistance. — Par décret en date du 21 juin 1943, M. le Dr Cayet, médecin inspecteur de la Santé du Gard, est nommé directeur régional de la Santé et de l'Assistance, en remplacement de M. le Dr Lelong, placé en position de service détaché (quatrième quart).

Par arrêté en date du 24 juin 1943, la région dans laquelle M. le Dr Cayet, directeur régional de la Santé et de l'Assistance, exercera ses fonctions, comprend les départements de la Côte-d'Or, du Doubs, de la Nièvre, de la Haute-Saône, de l'Yonne, le territoire de Belfort et les parties occupées des départements de Saône-et-Loire, de l'Ain et du Jura.

M. le Dr Cayet résidera à Dijon.

Inspection de la Santé. — Par arrêté du 9 juin 1943, M. le Dr Susini, médecin inspecteur adjoint de la Santé de première classe, en service détaché, est nommé inspecteur de la Santé de deuxième classe et maintenu en service détaché.

Par arrêté du 17 juin 1943, Mme le Dr Duperrier a été chargée, à titre temporaire, au maximum pour la durée des hostilités, des fonctions de médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé du Puy-de-Dôme.

Sanatoriums publics. — Par arrêté du 21 juin 1943, M. le Dr de Ferron, inscrit sur la liste d'aptitude aux fonctions de médecin adjoint des sanatoriums publics, à la suite des épreuves du concours de 1942, a été nommé médecin adjoint au sanatorium des Tilleroyes (Doubs).

A la suite des épreuves du concours du 7 juin 1943, sont inscrits sur la liste d'aptitude aux fonctions de médecin-adjoint des sanatoriums publics les candidats dans les noms suivent : MM. Varin, Le Moual, Crabol, Lespinasse, Rousselin, Masselot, Chevalier, Dubarry, Lemoine, Mlle Genty, MM. Tiberi et Mory.

Ecole Supérieure de police. — Un arrêté en date du 24 juin 1943 (*J. O.* 2 juillet) fixe les conditions d'admission au concours d'entrée à l'Ecole Supérieure de police. Les candidats doivent être en possession d'un diplôme. Parmi les diplômes énumérés signalons celui de docteur en médecine ou la justification de huit inscriptions à une faculté de médecine pour l'année en cours.

La Société médicale du 17e arrondissement réunie le 29 juin 1943 :

Considérant que les médecins stomatologistes sont docteurs en médecine au même titre que leurs confrères,

Que toute mesure tendant à les différencier des autres médecins spécialistes compromettrait l'unité médicale et serait contraire à toute équité,

Demande que toutes dispositions soient prises pour que ces stomatologistes soient rattachés exclusivement aux Conseils des médecins avec toutes les conséquences pratiques (services fiscaux et autres, fournitures, y compris celles nécessaires à l'énergie de leur spécialité) que ce rattachement comporte.

Les Journées gynécologiques de Paris (26-27 juin 1943). — Le 26 juin dernier, les Journées gynécologiques de Paris ont été ouvertes à la Faculté de Médecine. La séance inaugurale devait être présidée par M. le Dr R. Grasset, Ministre Secrétaire d'Etat à la Santé et à la Famille. Retenu à Vichy, pour le Conseil des Ministrs, il s'était fait représenter par le Dr Theil, son chef de cabinet. M. le Professeur Balthazard, président de l'Académie de Médecine présida la séance, assisté du Professeur Baudouin, doyen de la Faculté de Médecine, du Dr F. Jayle, président de la Société Française de Gynécologie et du Dr Maurice Fabre, secrétaire général.

Le discours inaugural fut prononcé par le Dr F. Jayle. Puis MM. Balthazard, Baudouin et Theil prirent successivement la parole. Les travaux des journées dont nous rendrons compte, commencèrent aussitôt.

COMITE NATIONAL DE L'ENFANCE

Vœux proposés à la fin de la journée d'études du 10 juin 1943. — Préservation de l'enfance contre la tuberculose.

1° Propager la notion de la contagiosité de la tuberculose et combattre la notion de l'hérédité ;

2° Propager la notion de la possibilité d'une prémunition par le B. C. G. administré par scarifications cutanées ; que la prémunition est lente à s'établir et n'a pas une longue durée ; que cette méthode ne supprime pas la mise en œuvre des mesures nécessaires pour éviter la contagion ;

3° Rechercher et dépister systématiquement les sources de contagion dans la famille, à l'école, à l'atelier, au bureau, au magasin ;

4° Elimination des sources de contagion à l'école et dans toutes les collectivités d'enfants :

a) Par le contrôle médical systématique annuel de tout le personnel des établissements d'instruction publics et privés (personnel enseignant et de service), comportant obligatoirement un examen radiologique et si besoin un examen bactériologique.

b) Par la généralisation de l'Inspection médicale urbaine et rurale à tous les établissements d'instruction publics ou privés et à toutes les collectivités d'enfants.

c) Par l'interdiction de l'utilisation des locaux scolaires pour toutes les réunions non scolaires.

Dépistage précoce et surveillance ou traitement des enfants au moment de leur contamination :

a) Dépistage de la tuberculisation par vérification annuelle jusqu'à virage positif, de la réaction cutanée à la tuberculine, à l'entrée en classe au début de chaque année scolaire.

b) Pour les enfants dont la réaction est récemment devenue positive, surveillance clinique et radiologique répétée et en cas d'apparition de signes cliniques ou radiologiques d'alarme, envoi en établissements de cure appropriés (sanatoria, préventoria ou colonies sanitaires), dans des sections strictement séparées de celles des sujets à réaction négative.

c) Pour les enfants allergiques anciens, aucune mesure spéciale n'est à prévoir, en dehors du cas où ils présenteraient une défaillance de leur état général justifiant un envoi en cure sanitaire ;

5° Faire connaître les bienfaits de l'isolement de l'enfant de tuberculeux par :

a) Placement des nourrissons en centres d'élevage surveillés, après mise en observation.

b) Placement rural surveillé pour les plus grands.

c Placement du parent tuberculeux ;

d) Maintien dans la famille pour les familles éducables et ayant un logement suffisant ; création de logements sanatoria.

La pratique des réactions cutanées à la tuberculine et la vaccination pouvant être conjugées à ces mesures ;

6° En ce qui concerne les indemnités de soins attribués aux instituteurs réformés n° 1, pour tuberculose, avec indemnité de soins il est souhaitable que, en application du décret-loi d'octobre 1935 et de récentes circulaires de M. le Ministre de la Santé Publique, l'une comme l'autre des mesures suivantes soient considérées comme nécessaires et suffisantes pour assurer la préservation ou le maintien de l'indemnité de soins :

a) Placement du père tuberculeux contagieux en sanatorium.

b) Placement familial ou collectif des enfants à long terme ;

c) Prophylaxie surveillée à domicile, associée à la vaccination au B. C. G. par scarification dans des conditions strictement définies par un règlement d'administration publique.

Nécrologie

Nous apprenons avec une vive peine la mort du Dr Charles Gandy, médecin honoraire des Hôpitaux de Paris, médecin-chef du Sanatorium de Villepinte, décédé à Paris à l'âge de 71 ans.

ORDRE DES MEDECINS

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins est constitué. Voici la liste de ses membres que communique le Secrétariat d'Etat à la Santé et à la Famille.

Liste des membres élus du Conseil National de l'Ordre des Médecins :

MM. les Drs Puig (Choisy-en-Brie) ; Duvelleroy (Plaine-Saint-Denis) ; Hollier (Epinay-sur-Orge) ; Professeur Balthazard (Paris) ; Coutela (Paris) ; Berche (Béthune) ; Professeur Perrin (Nancy) ; Deroche (Reims) ; Lemarchal (Laon) ; Deguignand (Dijon) ; Carlotti (Auneau) ; Choyau (La Roche-sur-Yon) ; Professeur Auvigne (Nantes) ; Philippon (Brest) ; Fabre (Verneuil) ; Professeur Aubertin (Bordeaux) ; Caffort (Toulouse) ; Hervy (Limoges) ; Barret (Saint-Etienne) ; Blanc (Aix-les-Bains) ; Fichot (Clermont-Ferrand) ; Professeur Etienne (Montpellier) ; Laurès (Toulon).

Représentant de l'Académie de Médecine : Dr Brouardel.

Membres cooptés : MM. les Drs : Oberlin (Paris) ; Durand (Courville) ; Professeur Portes (Paris) ; Mahoudeau (Amboise) ; Cibrie (Paris).

Election du président. — Le Conseil se réunira le dimanche 18 juillet prochain pour désigner 3 de ses membres pour la présidence.

Le ministre choisira le président du Conseil National de l'Ordre parmi les trois noms proposés.

La première session du Conseil National s'ouvrira à Paris, 60, avenue de Latour-Maubourg, à partir du 20 juillet 1943. Au début de la session, l'Assemblée désignera ses vice-président et secrétaires.

Le Secrétaire général communique :

1° **La convention conclue avec la K. V. D.** le 14 décembre 1940 sera désormais applicable à tous les ouvriers français assurés auprès des caisses-maladies allemandes ainsi qu'à leurs familles, et cela sur toute l'étendue du territoire français.

2° Cette convention couvre également les suites des accidents du travail survenus en Allemagne chez des ouvriers français assurés aux caisses-maladie allemandes.

3° Le tarif forfaitaire est relevé de 6 marks 50 à 8 marks 50, à dater du 1er juillet 1943.

Le chef de la K. V D, le Dr Grote, et son collaborateur à Paris, le Dr Petersilie, ont fait remarquer que ce relèvement n'a pu être obtenu que par la compression des sommes forfaitaires versées en Allemagne aux médecins traitants. Ils ont néanmoins consenti à ce relèvement dans un esprit de courtoisie et de large compréhension à l'égard des intérêts du corps médical français, dont ils ont pu, au cours de ces années précédentes, apprécier les services.

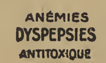
Médecins prisonniers. — La Commission de protection des intérêts des médecins prisonniers qui siège au Conseil National de l'Ordre, 60, boulevard de Latour-Maubourg, a organisé, en accord avec celui existant déjà, un service de documentation, d'indication de postes, clientèles, etc... en faveur des médecins revenant de captivité.

Ces derniers, pour tous renseignements, n'ont qu'à s'adresser, soit à M. le Dr Grasset, 5, boulevard Montparnasse, Paris, soit à M. le Secrétaire de la Commission, 60, boulevard de Latour-Maubourg, Paris. Tél. : Inv. 16-03.

Conseil du Collège départemental de la Seine de l'Ordre des Médecins. — Le Conseil du Collège départemental de la Seine de l'Ordre des Médecins fait connaître les résultats de ses démarches auprès des différents organismes répartiteurs : Electricité, gaz, charbon et divers approvisionnements professionnels.

Electricité. — 1° Les restrictions nouvelles ne s'appliquent pas aux médecins « faisant usage de l'électricité à des fins médicales », tels que médecins électro-radiologistes, méde-

(*Voir la suite page 222.*)







PANTOPON
ROCHE
OPIUM TOTAL
SOMNIFÈNE
ROCHE
HYPNOTIQUE
SÉDOBROL
ROCHE
TRAITEMENT BROMURÉ
SÉDORMID
ROCHE
HYPNOGÈNE
ALLONAL
ROCHE
ANALGÉSIQUE
PRODUITS "ROCHE"
10, RUE CRILLON, PARIS



SPASMORYL
"ANA"



HYPERCHLORHYDRIE
DYSPEPSIES NERVEUSES
Toutes gastralgies
KAOBROL
2 Formules Formes
SIMPLE ou BELLADONÉ
TABLETTES ou POUDRE



HÉPATISME
ARTHRITISME
Cure de déchslestérinisation
DECHOLESTROL
1 PAQUET douze jours par mois
matin et soir avant les repos
dans un demi verre d'eau

REVUE GENERALE

LES INFILTRATIONS SYMPATHIQUES EN UROLOGIE

Par MM. P. Macquet, G. Patoir et J. Watel (de Lille).

Ces dernières années ont vu éclore et s'épanouir l'ère de la chirurgie conservatrice. L'urologie, comme la gynécologie, constituait pour cette chirurgie un terrain particulièrement riche.

BASES ANATOMIQUES

Ce que l'on sait du développement embryologique du rein, de l'uretère et du testicule explique la similitude d'origine de leur innervation.

1. — Nerfs du rein :

Le *plexus rénal*, qui fournit les nerfs du rein, est formé de fibres issues des nerfs *grand* et *petit splanchniques*, *splanchnique inférieur* et des ganglions semi-lunaires, mésentérique supérieur et aortico-rénal et accessoirement de fibres issues du *plexus intermésentérique* et de la chaine lombaire.

Malgré une assez grande variabilité, le plexus ainsi formé garde une position nettement péri-artérielle et accompagne l'artère rénale et ses branches de division dans la profondeur du hile.

2. — Nerfs du testicule :

Les nerfs du testicule et de l'épididyme ont, eux aussi, une origine strictement neuro-végétative. Ils sont fournis, en effet, par le *plexus spermatique* et le *plexus vésiculo-déférentiel*.

Issu du *ganglion hypogastrique*, ce dernier plexus est le moins important et ne nous retiendra pas.

Le *plexus spermatique* qui joue un rôle capital dans l'innervation du testicule, naît par plusieurs racines du *plexus rénal* et plexus intermésentérique.

Deux ou trois racines naissent du *plexus rénal*, elles s'accolent à l'artère spermatique en formant deux ou trois troncs qui accompagnent l'artère.

Les racines émanées du *plexus préaortique* intermésentérique rejoignent les troncs précédents nés du plexus rénal à la hauteur de la naissance de l'artère mésentérique inférieure.

Ainsi constitué le plexus spermatique, sous la forme de 2 à 3 filets très ténus, accompagne l'artère spermatique sans occuper de place fixe par rapport à elle.

Le plexus spermatique présente par ailleurs des connexions étroites avec la chaine sympathique lombaire, car des anastomoses des 2e et 3e ganglions lombaires abordent le plexus intermésentérique aux points où se détachent les racines du plexus spermatique.

3. — Nerfs de l'uretère :

L'un de nous a essayé de préciser quelles étaient les modalités d'innervation les plus fréquemment observées (1).

S'il existe une assez grande variabilité dans le détail, il est possible toutefois de schématiser.

Suivant l'étage au niveau duquel les nerfs de l'uretère abordent cet organe, les nerfs de l'uretère peuvent être classés en nerfs uretéraux supérieurs, moyens et inférieurs.

Les nerfs *uretéraux supérieurs*, encore appelés pyélo-uretéraux en raison de leur destinée mixte, tirent leur origine du plexus rénal.

Les *nerfs uretéraux moyens*, destinés au tiers moyen de l'uretère, se détachent soit directement du plexus spermatique, soit de ses racines mésentériques.

Les *nerfs uretéraux inférieurs* ou uretéraux pelviens tirent leur origine du nerf hypogastrique et du ganglion hypogastrique par une anse nerveuse préuretérale toujours extrêmement nette.

4. — Nerfs de la vessie :

Les nerfs de la vessie proviennent des 3e et 4e paires sacrées en partie directement, mais surtout par l'intermédiaire du ganglion hypogastrique qui lui apporte des fibres du sympathique.

BASES PHYSIOLOGIQUES ET PHYSIOPATHOLOGIQUES

L'action du système nerveux végétatif doit être étudiée sous les divers aspects de la physiologie normale ou pathologique de ces divers organes : motricité, sensibilité, circulation, sécrétion.

1. — Motricité :

Les nerfs du bassinet et de l'uretère renferment des fibres motrices innervant la musculature lisse de ces organes. On admet pourtant que l'uretère est soumis à une action inhibitrice par le splanchnique et les ganglions abdominaux, et à une action accélératrice par l'hypogastrique et en partie par le splanchnique et les ganglions abdominaux.

Le sympathique amène donc à la fois des fibres accélératrices et inhibitrices, le parasympathique ne fournissant que des fibres accélératrices.

Si à l'ancienne conception anatomique des territoires orthosympathique et parasympathique on substitue la conception plus physiologique de systèmes adrénergique et cholinergique, le fonctionnement de l'uretère devient superposable à celui de l'intestin.

En ce qui concerne la vessie, il est admis que le sphincter strié est soumis à l'action de la volonté, que le sphincter lisse et le détrusor sont sous la dépendance du système nerveux végétatif.

Les trois quarts supérieurs du détrusor reçoivent exclusivement des fibres parasympathiques. C'est l'inverse pour le sphincter lisse et le trigone qui sont, par conséquent, innervés par les fibres sympathiques. Le quart inférieur du corps vésical a par contre une innervation mixte.

2. — Sensibilité :

Le problème de la sensibilité des organes génito-urinaires est celui de la sensibilité viscérale en général.

On n'admet plus à l'heure actuelle l'insensibilité absolue des viscères à laquelle avait cru Lennander. Ces organes possèdent une sensibilité réelle pour les excitants habituels (sections, piqûres, etc). Ils possèdent de plus une sensibilité pour certaines excitations spécifiques. Le cas des organes génitaux urinaires en est une preuve car la sensibilité uretérale ou testiculaire est bien d'origine sympathique.

Tous ces organes présentent :

a) Une *sensibilité fonctionnelle*, inconsciente qui se traduit à la suite d'excitations particulières par l'apparition du réflexe végétatif ;

b) Une *sensibilité générale* qui existe à l'état normal pour certains organes, n'existe pas pour d'autres (cas du rein). Elle est susceptible de s'éveiller ou de s'exaspérer sous l'effet d'influences pathologiques.

3. — Circulation :

Les nerfs de ces organes génito-urinaires renferment des fibres vaso-motrices, dont la très grosse majorité sont vaso-conductrices.

La vaso-motricité intervient pour une part dans le mécanisme de la douleur, et, comme l'a dit Leriche, la « douleur n'est peut-être souvent au début que la rançon paradoxale de la richesse de nos sensibilités interstitielles, un tribut payé par l'homme à la perfection de ses vaso-moteurs ».

4. Sécrétion :

En l'état actuel de nos connaissances, il n'est pas possible d'affirmer l'existence formelle de fibres sécrétoires au niveau du plexus rénal. On admet généralement que les modifications quantitatives et qualificatives d'origine nerveuse de la sécrétion urinaire sont dues à des variations vaso-motrices. Le rôle joué par le système nerveux végétatif dans la spermatogénèse n'est pas mieux élucidé.

Ainsi les notions anatomiques et physiologiques établissent l'importance du sympathique dans le fonctionnement des organes génitaux urinaires. Nos moyens d'action sur lui sont variés. Mais nous n'envisagerons ici que les infiltrations anesthésiques. Il est possible d'atteindre les fibres nerveuses au niveau du splanchnique, au niveau de la chaine lombaire, au niveau de ganglions hypogastriques, enfin dans le cordon.

Nous ne pensons pas qu'il faille faire grande différence entre les infiltrations du splanchnique et des ganglions lombaires. Si le siège de la piqûre diffère elles aboutissent à un résultat analogue. L'injection de 20 cm³ de liquide ne peut en effet demeurer dans un espace limité quelle que soit la précision de la technique. Il est facile de vérifier sur le cadavre, à l'aide d'une injection colorée, que le liquide se répand en haut, en bas et même au delà de la région médiane. Qu'on injecte à quelques centimètres de différence, ce qui équivaut à la hauteur d'une vertèbre, et le résultat final est le même. Ceci explique en pratique les résultats identiques et parfois paradoxaux que l'on obtient par l'une ou l'autre de ces méthodes. Il reste bien entendu que l'anesthésique agira plus rapidement et d'autant mieux qu'il sera injecté plus près des fibres nerveuses que l'on cherche à atteindre. Les infiltrations gardent donc chacune leurs indications, mais il serait illusoire de limiter leur action au centimètre carré.

En pratique, on réservera l'infiltration splanchnique, qui retentit sur d'autres organes que l'appareil urinaire, aux néphralgies et aux phénomènes réflexes. L'infiltration lombaire est donc à notre avis celle que l'on doit pratiquer de façon courante. L'infiltration hypogastrique a un territoire d'action limité : la sphère vésicale.

Nous ne décrirons aucune des méthodes d'infiltrations puisque nous avons utilisé celles maintenant classiques de Leriche.

RESULTATS ET INDICATIONS

1. — Dans les affections du rein :

C'est à Papin que revient le mérite d'avoir montré ce que l'on pouvait attendre d'une intervention sur le sympathique dans les affections rénales. Pratiquant l'innervation rénale, il obtint d'excellents résultats dans les syndromes douloureux et dans les néphralgies.

La simple infiltration du sympathique lombaire nous semble donner des résultats du même ordre. Voici entre d'autres l'observation d'une

(1) Watel. *Thèse Lille*, 1941.

malade dont les douleurs, incontestablement d'origine rénale, furent calmées complètement à la suite d'infiltrations lombaires.

« Mme R... a subi une néphrectomie à droite. Elle souffre actuellement dans la région lombaire gauche. Une urographie et une pyélographie ascendante montrent une légère ptose rénale sans coudure et sans dilatation pyélo-uretérale. Peu désireux de lui faire subir une nouvelle intervention nous avons essayé différentes thérapeutiques sans succès. De guerre lasse nous décidons de pratiquer une infiltration lombaire. Elle est suivie d'une cessation complète des douleurs durant quatre jours. Elles reprennent ultérieurement. Nous faisons la seconde fois une infiltration du splanchnique, le résultat est identique. Nous avons répété encore deux fois les infiltrations lombaires qui ont donné non seulement un accalmie mais une atténuation des phénomènes douloureux. La malade s'en contente, décidée à recourir à la même thérapeutique s'il y avait rechute. »

Si le résultat obtenu n'est encore que transitoire, il renseigne sur les résultats que l'on peut escompter d'une intervention. L'infiltration devient alors un test pré-opératoire. En voici un exemple :

« Une malade vient consulter pour douleurs lombaires gauches violentes. L'examen montre une ptose droite considérable. Il s'agit là d'un phénomène douloureux croisé. L'infiltration lombaire nous en fournit la preuve. Une infiltration droite a supprimé la douleur gauche. La néphropexie droite fut pratiquée le lendemain de l'épreuve et la malade a cessé de souffrir. »

Nous n'avons pas eu personnellement l'occasion d'expérimenter l'infiltration du sympathique lombaire dans les cas d'anurie, mais on peut en espérer d'heureux résultats.

En effet, nous avons remarqué chez la plupart de nos malades une augmentation rapide de la diurèse après infiltration.

D'ailleurs Neuvirth a rapporté un cas d'oligurie réflexe par colique calculeuse qui a cédé à une anesthésie para-vertébrale. Halicek, par le même procédé, a guéri 2 anuries scarlatineuses et une anurie éclamptique. Rubrutius rapporte 7 succès sur 8 cas. Chauvin et son élève Bonnefoi en ont publié des observations.

Dans les cas de néphrites oliguriques susceptibles de recevoir un traitement chirurgical par énervation et décapsulation, l'injection anesthésique rend aussi, à notre avis, de réels services. Elle indique de façon précise ce que donnera l'intervention ultérieure, faite à plusieurs reprises, et elle débloque temporairement le rein et peut rendre opérable un cas devant lequel aurait reculé le chirurgien.

2. — Dans les affections du bassinet et de l'uretère :

a) Dans les hydronéphroses douloureuses.

Bilger, Wilhem et Lachowiecki rapportent 4 cas d'hydro-néphroses douloureuses dans lesquelles l'infiltration du sympathique lombaire amena une amélioration persistante. Nous avons déjà fait le rapprochement entre le fonctionnement physiologique du bassinet et de l'uretère et celui de l'intestin. Nous pensons de même qu'il ne manque pas d'analogie entre l'hydronéphrose et le mégacôlon congénital. En effet, un traitement identique, ou peu s'en faut, améliore les deux affections.

A bien réfléchir, dans les hydronéphroses comme dans les affections des reins, les résultats peuvent paraître paradoxaux.

En effet, il est généralement admis que les crises douloureuses survenant au cours de l'hydronéphrose sont à localisation pyélique. Or, l'innervation du bassinet comme celle du rein provient en majeure partie du segment dorsal de la chaine. L'infiltration d'un ganglion lombaire ne saurait donc théoriquement avoir de retentissement dans ce territoire, si l'on n'admettait pas que le liquide diffuse loin de son point d'injection vers le splanchnique. A l'encontre de Servelle, nous avons constaté comme Bilger l'amélioration des phénomènes douloureux mais aucun changement des aspects pyélographiques. Dans les grosses hydronéphroses infectées l'action a été nulle.

b) Dans les cas de coliques néphrétiques.

Personnellement, en plus de la disparition des douleurs, nous avons vu l'expulsion d'un calcul uretéral se produire à la suite d'infiltration du sympathique lombaire. En voici l'observation :

« Le jeune D..., âgé de 23 ans, est hospitalisé le 14 décembre 1940 pour crises de coliques néphrétiques et hyperthermie. Les urines sont nettement purulentes. Le rein gauche est très augmenté de volume, tendu, douloureux. Une urographie montre la présence de plusieurs calculs dans ce rein, un calcul enclavé du tiers inférieur de l'uretère et l'absence du fonctionnement de ce rein. On profite d'une accalmie dans l'état du malade pour pratiquer des examens endoscopiques. Le 20 décembre 1940 réascension thermique, douleur testiculaire gauche, épididyme gros et douloureux. On décide de pratiquer l'infiltration lombaire. Rétrocession des phénomènes locaux. Le malade signale la disparition des douleurs rénales. Le 23, crise intense de coliques néphrétiques et expulsion, le 24, par les voies naturelles, du calcul uretéral. L'amélioration a été telle que le malade sort sans se faire opérer. »

Au sujet de cette observation, nous ne pouvons empêcher de faire un rapprochement qui, pensons-nous, n'a pas été fait jusqu'à présent. On a vu des calculs uretéraux s'éliminer après néphrotomie ou néphrectomie. Ces faits ont été rapportés comme curieux, sans explication. A la faveur d'observations comme celle que nous avons rapportée on peut penser qu'il s'agit d'un mécanisme analogue à une action sur le sympathique. L'amélioration des phénomènes de cystite ou d'orchite tuberculeuse après néphrectomie peut, d'ailleurs, être rattachée à une même influence.

Tout récemment Bilger, Wilhem et Lachowiecki ont rapporté 5 observations analogues de coliques néphrétiques traitées par l'infiltration lombaire.

Dans tous les cas, ils ont observé une atténuation presque complète et immédiate des douleurs. Dans tous les cas où la lithiase était manifestement en cause (2 observations) ils ont constaté, quelques heures après, l'expulsion par l'uretère de petits calculs. Comme dans le cas de notre malade l'expulsion s'est produite après reprise des douleurs.

On peut admettre en cas de lithiase uretérale l'existence non seulement d'un spasme mais aussi d'une action inhibitrice que lèverait l'infiltration. Ce fait ne fait que compléter l'analogie avec l'intestin ; car ici, comme dans le mégacôlon, l'infiltration lombaire semble réveiller la motricité de l'organe.

Il nous faut insister sur ce fait que l'infiltration agit de même en cas de calcul pelvien. On s'explique mal évidemment comment un blocage du hile rénal, et par conséquent de l'uretère supérieur, a pu influencer la motricité de l'uretère pelvien et intramural. Il semble y avoir ici contradiction flagrante avec les données anatomiques. Cependant, le fait est incontestable et nous ne pouvons que l'enregistrer.

3. — Dans les orchi-épididymites :

L'action de l'infiltration lombaire dans les ovarites sclérokystiques et dans certains syndromes ovariens est actuellement bien connue. Aussi n'est-il pas étonnant que la même thérapeutique puisse agir sur les affections du testicule.

Voici à titre d'exemple quatre observations d'orchites aiguës qui furent influencées très favorablement par l'infiltration lombaire.

Observation I. — S. D..., 15 ans, venu pour incontinence d'urine présente à la suite d'une exploration cystoscopique difficile, un début d'orchite avec élévation thermique à 39°. Le lendemain, infiltration du sympathique lombaire. En un jour, les manifestations locales et générales disparaissent.

Observation II. — D. F..., 20 ans, présente une orchite d'origine gonococcique datant de deux jours. On pratique deux infiltrations lombaires à deux jours d'intervalle. Au quatrième jour, la température a disparu, les phénomènes infectieux locaux également. Seule persiste une induration épididymaire non douloureuse.

Observation III. — S. A..., subit une taille pour tumeur de la vessie. Les suites opératoires sont parfaites, mais le 16e jour, alors qu'on a enlevé la sonde à demeure, apparition d'orchite. On attend le 4e jour pour faire une infiltration répétée le lendemain et le surlendemain. Tout phénomène infectieux a disparu et le testicule et l'épididyme restent gros.

Observation IV. — V. E... Cystostomie pour rétention d'origine prostatique. Urine infectée. Au 12e jour, orchite passée inaperçue. On ne pratique que la première infiltration, régression des signes.

En 1938, Bilger, Zimmer et Lachowiecki ont rapporté 3 observations analogues et plus récemment ils viennent d'en publier 19 autres.

L'infiltration lombaire a une triple action immédiate :

a) *Action analgésique.* — Au bout d'une heure, plus rarement de quelques heures, la douleur diminue sensiblement et disparaît plus ou moins rapidement selon les cas. La douleur spontanée s'atténue d'abord puis la douleur provoquée.

b) *Action antithermique.* — La température tombe également de 1° et 2° et l'état général s'améliore.

c) *Action sur la tuméfaction.* — Les phénomènes inflammatoires : rougeur, œdème, sont influencés immédiatement. Il ne demeure plus qu'une tumeur indolore, dépourvue de l'empâtement qui l'accompagne habituellement. Sur cette tumeur, véritable témoin de la lésion anatomique, l'infiltration semble agir peu.

L'action est d'autant plus nette que la première infiltration est faite plus précocement. Faite au début, elle entraîne un arrêt complet des symptômes, la disparition de toute tumeur. Plus tardive, elle entraîne selon les cas la régression ou la fixation des symptômes.

Les orchi-épididymites chroniques sont également amendées dans leurs poussées aiguës.

Il va sans dire que ce traitement n'a nullement l'intention d'éliminer toutes les autres thérapeutiques chimiques. L'infiltration agit sur les phénomènes réactionnels qu'entraîne le microbe, non sur le microbe lui-même.

Marc Imbert a obtenu des guérisons rapides d'orchi-épididymites aiguës par des infiltrations déférentielles de novocaïne.

Les faits qu'il rapporte s'apparentent étroitement à ceux que nous avons observés.

Dans les cas que nous avons rapportés, comme dans ceux de Bilger et de Marc Imbert, l'infiltration n'agit que sur l'élément douleur, ni de façon passagère comme doit le faire logiquement une anesthésie loco-régionale ou une anesthésie radiculaire. Son effet s'étend à tout l'ensemble du processus inflammatoire, se prolongue bien au delà de la durée normale.

4. Affections vésicales.

On a proposé différentes interventions chirurgicales pour supprimer les phénomènes douloureux dus aux cystites. Nous avons tenté l'infiltration dans les cystites tuberculeuses accusées. Nous avons obtenu une réaction transitoire des douleurs, mais aucune amélioration durable de la pollakiurie et de la capacité.

Duban et Bolot ont signalé deux résultats heureux. Il nous paraît intéressant de persévérer dans cette voie.

Nous avons également agi sur des rétentions vésicales que n'expliquait aucune cause locale. Une rétention au cours d'une blennorragie a cédé immédiatement. Deux rétentions de cause inconnue chez une

femme et une petite fille ont rétrocédé en l'espace d'une dizaine de jours. Chez l'homme nous avons agi par infiltration lombaire, chez la femme par infiltration hypogastrique.

Nous pensons d'ailleurs que cette seconde voie est à préférer lorsqu'il s'agit d'affections vésicales ou para-vésicales.

Ainsi, au cours d'une expérience qui remonte à trois ans nous avons cherché à préciser les indications des infiltrations du sympathique en urologie. Les résultats que nous avons obtenus concordent pleinement avec ceux qu'obtenaient Bilger et ses élèves, Liotier et Bonnefoi, et ce fait a d'autant plus de valeur qu'il a été établi par trois écoles différentes sans communications entre elles et par des moyens qui n'étaient pas toujours identiques.

Nous avons surtout utilisé, ainsi que Bilger, l'infiltration lombaire. L'infiltration splanchnique agit plus directement sur les phénomènes rénaux mais elle entraîne des actions viscérales (pancréas, surrénales) dont nous pouvons nous passer habituellement. L'infiltration hypogastrique, plus difficile, a elle aussi des indications limitées.

Quelle que soit d'ailleurs l'infiltration utilisée, nous devons reconnaître notre ignorance en ce qui concerne son mécanisme intime. Il nous est à peu près impossible d'en donner une explication raisonnable et nous sommes obligés d'en arriver à des hypothèses brillantes et constructives certes, mais combien fragiles. Les expérience animales n'ont guère de valeur ; que vaut le sympathique d'un chien ou d'un chat ? Comment en comparer le fonctionnement au sympathique humain qu'on ne connaît encore que fort peu. Il est donc nécessaire d'expérimenter sur l'homme, chose d'autant plus facile, d'autant moins discutable que la méthode est aisée, fort bien tolérée par les malades, sans danger.

Ce travail, amas de faits cliniques que nous ne pouvons tous expliquer, n'a d'autre prétention que d'apporter une pierre à l'édifice.

En résumé, en urologie, comme en chirurgie générale, l'infiltration du sympathique lombaire s'avère comme une méthode pleine de promesses. L'application plus fréquente nous permettra seule de préciser les limites d'utilisation pratique.

BIBLIOGRAPHIE

Bariéty et Kohler. L'énervation rénale expérimentale (*Presse Médicale*, n° 88, 2 nov. 1938, p. 1609-1611).

Bilger, Zimmer et Lachowiecki. Traitement de la douleur dans l'épididymite aiguë par l'infiltration du sympathique lombaire (*Le Progrès Médical*, 14 janvier 1938).

Bilger, Wilhelm et Lachowiecki. Résultats des infiltrations du sympathique lombaire dans le traitement des orchi-épididymites, des coliques néphrétiques et des hydronéphroses douloureuses (*Journ. d'Urol.*, t. 48, n° 5, 1939-1940, p. 400-409).

Bourguet. Les nerfs du testicule et de l'ovaire (*Thèse Montpellier*, n° 31, 1934).

Brandeski (Walther). Influence de l'anesthésie para-vertébrale sur les fonctions rénales et uretérales (*Zeits. f. Urol. Chirur.*, vol. XXXIX, fasc. 1 et 2, mars 1934, p. 34663 ; *Journ. d'Urol.* T. 39, n° 3, mars 1935, p. 286-288).

Brandeski (Walther). Des applications thérapeutiques de l'anesthésie paravertébrale à l'urologie (*Zeits. f. Urol. Chir.*, vol. XXXIX, fasc. 1 et 2, mars 1934, p. 83-100 ; *Journ. d'Urol.*, t. 39, n° 3, mars 1935, p. 288).

Brunn et Mandl. L'injection paravertébrale dans le traitement des douleurs viscérales (*Wien. Klin. Wochens.*, 37, n° 21).

Chauvin. Le traitement des anuries par le blocage du pédicule rénal (*Presse Méd.*, 25 sept. 1942).

Chauvin et Guidoni. A propos de deux infiltrations du pédicule rénal pour anurie (*Soc. Franc. d'Urol.*, 15 mai 1939).

Clavel. Les occlusions intestinales réflexes dans les affections chirurgicales des reins (*Thèse Lyon*, 1929).

Congrès français d'Urologie, 1937. Les anuries réflexes.

Dambrin. Les nerfs du rein et de sa capsule d'enveloppe (*Thèse Toulouse*, 1932).

Demarez et Linquette. A propos de 500 infiltrations du sympathique lombaire technique. Mode d'action. Indications. Résultats (*Progrès Médical*, n° 4, 28 janvier 1939).

Duban et Bolot. Traitement des cystalgies rebelles par infiltrations novocaïnique du sympathique lombaire (*Soc. Franç. d'Urol.*, 15 janvier 1940).

Feldstein. Les néphropathies d'origine nerveuse (*Thèse Paris*, 1938).

Fontaine et Bilger. La technique de l'ablation du ganglion aortico-rénal (*Revue de Chirurgie*, t. 53, n° 3, mars 1939).

Gibson. L'état actuel de la sympathectomie rénale (*Journ. d'Urol.*, n° 4, octobre 1936).

Ginestie. L'innervation de la vessie (*Thèse Montpellier*, 1937).

Hamburger (Jean). Physiologie de l'innervation rénale (*Thèse Paris*, 1936).

Hovelacque. Anatomie des nerfs craniens et rachidiens et du système grand sympathique (Paris, 1927).

Hovelacque et Turchini. Anatomie et histologie de l'appareil urinaire et de l'appareil génital de l'homme.

Imbert (Marc). Guérison rapide des orchi-épididymites aiguës par des injections déférentielles de novocaïne (*Journ. d'Urol.*, t. 47, n° 3, mars 1939, p. 177-192).

Lambret, Razemon et Decoulx. Technique de la chirurgie du sympathique et de ses infiltrations (1939).

Leriche. La chirurgie de la douleur (*Presse Médicale*, 20 avril 1927 et 4 mai 1927).

Leriche. Recherches et réflexions critiques sur la douleur, sur ses mécanismes de production et sur les voies de la sensibilité douloureuse (*Presse Médicale*, 1931, n° 1).

Leriche. La chirurgie de la douleur (1937).

Liotier et Bonnefoi. Le blocage anesthésique du pédicule rénal (*Journ. d'Urol.* t. 47, n° 3, mars 1939, p. 193-204).

Liotier et Bonnefoi. A propos d'une occlusion intestinale réflexe par colique néphrétique guérie par infiltration du splanchnique (*Soc. d'Urol. du Sud-Est*, novembre 1937).

Loeven. L'anesthésie sacrée et paravertébrale dans un but diagnostique et opératoire (*Münch. Med. Wochens.*, 28 août 1935).

Nazaroff. La sympathectomie périartérielle en urologie (*Revue de Chirurgie*, mars-avril 1940).

Papin. Chirurgie du rein (Paris (1928).

Papin. Les hydronéphroses (Paris, 1930).

Rochet et Thevenot. Les uretérites pelviennes chroniques douloureuses et leurs thérapeutiques (*Journ. d'Urol.*, t. XV, n° 5, mai 1923, p. 337).

Servelle. *La chirurgie du splanchnique* (Paris 1942).

UN CAS D'EXANTHÈME DE LA MALADIE DE BOUILLAUD

Par le D[r] Bernard Laugier

M. Nobécourt a étudié dans le *Concours Médical* du 17 mai 1936 les formes diverses que peut revêtir chez l'enfant la maladie de Bouillaud lors de sa première atteinte : forme classique franche, formes insidieuses, forme typhoïdique, puis formes caractérisées par des syndromes particuliers, cervical, cervico-sciatique, abdominal douloureux, manifestations pulmonaire et pleurale ; il a montré le polymorphisme clinique de cette première atteinte.

Toutefois, parmi ces formes, il est utile que les manifestations cutanées de la maladie de Bouillaud soient mises en relief :

1° Pour leur rareté en France, il n'en va pas de même à l'étranger puisque Wallgren indique un pourcentage de 12 %, de Lichtrentrett de 62 % sur l'ensemble des cas de rhumatisme ;

2° Pour leur valeur pronostique : l'accord est unanime qu'il faut attribuer aux érythèmes rhumatisants une valeur pronostique sérieuse; on ne les observe que dans les formes où l'atteinte cardiaque est manifeste, même il est de règle de dire que le pronostic cardiaque doit être réservé.

Ces exanthèmes ont fait l'objet de nombreux travaux inaugurés en France par Rayer, l'étude est continuée par Lerndorf et Lenner 1922. Nombreuses publications ont été faites par la suite, entre autres par J.-J. Bindschedler dans le *Bulletin de la Société Française de Dermatologie* en mars 1936 (5) et par M. Massot, professeur suppléant à l'Ecole de Médecine de Rennes (*Gazette Médicale de France*, juin 1941), etc.

L'observation qui suit ne fait que confirmer les faits précités.

L'enfant de troupe F..., âgé de 13 ans, est admis à l'infirmerie-hôpital de l'Ecole, le 31 janvier 1943 pour : « Urticaire ».

Le thorax, l'abdomen et les lombes sont recouverts de grands placards de teinte grisâtre, un peu surélevés sur les bords, limités par un liséré rose qui s'estompe à la pression. Très légère sensation de prurit, pas de desquamation, température 38°.

Examen somatique négatif, après quelques jours cet exanthème disparaît.

Le 16 février nouvelle rechute : toutefois l'état général est plus touché : légère arthralgie, température 39°.

Rapidement la température monte à 40° ; apparitions de frottements péricardiques et pleuraux ; tachycardie.

On instaure un traitement salicylé (6 gr. par jour), la température s'infléchit lentement et en lysis à 38°, niveau où elle se stabilise.

Après consultation avec le D[r] Bindschedler, chef de clinique infantile de la Faculté de Strasbourg, une dose de salicylate de 8 gr. est ordonnée ; l'état général s'améliore, et un état apyrétique s'établit, mais un souffle systolique se déclare à la pointe du cœur avec une tachycardie se maintenant à 130.

Malgré un traitement salicylé continu, nouvelle poussée éruptive semblable aux précédentes le 6 avril et le 3 mai. Depuis l'état général reste bon, mais la lésion cardiaque se stabilise avec une insuffisance mitrale et tachyarythmie persistante, et autorise son départ en convalescence.

Cette observation est typique, car cet enfant de troupe n'a jamais présenté en dehors de quelques douleurs fugaces articulaires, que des exanthèmes type érythémateux, et l'évolution confirme le diagnostic de rhumatisme articulaire à type exanthémateux.

ACTUALITÉS

LES INDICATIONS DU TRAITEMENT OPÉRATOIRE DE L'HÉMORRAGIE CÉRÉBRALE

Par R. Levent

En 1909, Lhermitte relatait les deux premiers cas d'évacuation opératoire de foyers hémorragiques intracérébraux avec guérison et signalait l'importance de l'hypertension intracranienne. C'était une idée féconde qu'on trouve reprise par la suite par d'autres auteurs : Wernicke, P. Marie, bien que le traitement chirurgical ne retienne pas encore l'attention ; on la retrouve en 1932 dans le travail d'ensemble où Bagley étudie les indications opératoires dans l'hémorragie cérébrale et signale l'importance clinique et pronostique de cette hypertension (1).

Lucas-Championnière, Axhausen avaient guéri des opérés 2 ans et 1 an après l'hémorragie ; Stadelmann et Lewandowski avaient ponctionné une collection mais c'est vers 1936 que de Martel et Guillaume reprennent des essais systématiques. Signalons aussi que Stadelmann et Lewandowski avaient montré l'importance de la temporisation et Cushing celle de l'œdème cérébral.

Nous dirons peu de chose de la technique qui doit avant tout éviter les délabrements : ouverture du crâne, recherche par ponction d'une collection qu'on évacuera par incision si elle est superficielle, ou au moyen du trocart si elle est profonde ; hémostase soigneuse et fermeture.

Il semble acquis désormais que ventriculographie et encéphalographie sont, dans les cas douteux, à éviter comme dangereuses. La localisation ne fût-elle qu'imparfaite, on doit s'en tenir à la simple clinique. Il faut aussi tenir compte de la grande fragilité générale et locale de ces malades.

Ce qui importe avant tout c'est l'appréciation exacte des contre-indications et des indications.

L'élément premier est un diagnostic soigneux distinguant l'hémorragie cérébrale d'accidents analogues dus aux ictus de la P. G. et de l'épilepsie, des tumeurs et des kystes cérébraux, des thromboses et embolies cérébrales, de vieux abcès enkystés du cerveau, de l'hématome chronique subdural, de l'hémorragie méningée pure, des divers comas toxiques.

Le diagnostic établi une distinction s'impose entre les formes cliniques ; certaines, en effet, pour des raisons anatomiques et pathogéniques n'ont rien à attendre de la chirurgie ; avant tout, la grande hémorragie cérébrale classique du type Charcot et Bouchard ; de même les hémorragies secondaires dues au ramollissement. Pour les autres formes cliniques l'intervention sera décidée en présence de certaines conditions.

Quelle que soit la forme clinique, il faut envisager certaines *contre-indications.*

Les conditions d'âge sont parmi les principales : 50 ans est à peu près la dernière limite, bien qu'à 53 et 55 ans Lhermitte et Guillaume aient obtenu des succès ; le jeune âge est moins défavorable puisqu'à 11 ans David, Arondel et Charbonnel ont obtenu une guérison. Mais c'est le jeune adulte qui est l'opéré de choix.

L'état du sujet entre aussi en ligne de compte : état général défectueux, présence de certains symptômes : température dépassant 38°5, somnolence, coma, sont éliminatoires.

De même la déficience de certains organes : tares rénales certaines, hypertension artérielle maligne, existence chez un hypertendu ordinaire d'un maxima dépassant 23 ; sècheresse de la langue, troubles de la déglutition.

C'est seulement en l'absence de ces contre-indications que l'intervention peut être envisagée.

Il convient cependant encore de distinguer entre les cas. Dans les *hémorragies traumatiques* l'accord est général en faveur de l'intervention.

Parmi les hémorragies non traumatiques on peut, avec Bagley, distinguer des autres les *sujets jeunes sans hypertension ni passé cardio-vasculaire*, pour lesquels l'opération est indiquée et auxquels on peut joindre, semble-t-il, les sujets jeunes qui n'ont qu'une lésion vasculaire localisée. Pour ceux-ci, certains auteurs (Handefest et Heimendahl) ont fait dépendre la décision dernière des résultats de la ventriculographie ; comme nous l'avons dit, c'est un critérium auquel il est plus prudent de ne pas recourir.

L'autre catégorie se compose des sujets *hypertendus : c'est de l'évolution des symptômes* que découlera la décision. On devra opérer quand l'h. c. évolue de façon lente et progressive ; lorsqu'à son début, même brutal, a succédé une rémission passagère suivie à son tour d'une reprise d'aggravation avec hypertension intracranienne dont témoignent la céphalée croissante et la stase papillaire, ce dernier symptôme est un indice à la fois évolutif et topographique.

On peut considérer dans l'ensemble que les cas où l'opération est impossible correspondraient aux hémorragies diffuses, avec les fragilités artérielles et parenchymateuses qu'ont reconnues les travaux de ces dernières années, quel que soit, du reste, l'ordre de succession des lésions et des mécanismes pathogéniques. Qu'il y ait ou non traumatisme, les cas opérables se rapprochent plus ou moins par leur mécanisme et leurs lésions de l'« hématome intracérébral » d'Alajouanine et Thurel où l'épanchement sanguin est bien circonscrit, entre des parois moins dilacérées et moins nécrotiques que dans la forme commune.

Il y a ici plus de compression que de destruction ; l'œdème cérébral secondaire intervient dans le même sens et sa disparition rapide après l'intervention explique la rapidité et la perfection parfois surprenantes de la guérison.

Pour une forme particulière une incertitude est née récemment ; l'inondation ventriculaire comportait jusqu'ici l'abstention *ipso facto* ; un succès récent de Puech, Mlle Rappoport et Brun, tendrait à faire entrevoir une revision d'une telle ligne de conduite.

Epoque de l'intervention. — Quelle que soit la ligne de conduite adoptée, elle ne peut l'être qu'après examens répétés et mûres réflexions ; dans aucun cas, en effet, il ne s'agit d'une intervention d'urgence.

Il faut se garder d'une intervention trop précoce : une rémission spontanée est souvent possible ; de plus, aux difficultés de l'hémostase parmi des lésions encore récentes s'ajoutent les risques d'une hémorragie secondaire provoquée.

On doit n'intervenir que lorsque la guérison spontanée ne peut plus être escomptée, soit que loin de continuer à décroître les symptômes recommencent à s'aggraver (par production d'œdème autour du caillot), soit qu'apparaissent l'hypertension cranienne et surtout la stase papillaire.

C'est habituellement entre le 10e et le 15e jour que se place le moment de choix ; le caillot toujours lent à se constituer au sein du parenchyme nerveux commence à se liquéfier au sein de l'œdème. Attendre à plus tard de propos délibéré expose à une intervention moins aisée, à des délabrements et à des cicatrices.

Les résultats sont, en général, bons, rapides, parfois étonnamment complets. Ils semblent durables. A moins de cicatrices étendues, les séquelles semblent nulles.

Entreprise dans de bonnes conditions, l'opération ne semble pas particulièrement redoutable ; la localisation avant ou pendant l'opération tient évidemment sous sa dépendance le complet développement de l'intervention. Il n'en est pas moins certain, ainsi que l'a noté Bagley, qu'au cas même où l'évacuation du foyer hémorragique serait impossible, une trépanation décompressive, opération incomplète, est favorable à l'heureuse évolution des lésions.

(1) Cf. Bagley. *Archives of Neurology*, 1932, T. 27. Cette étude a été reprise en 1941 dans divers travaux, notamment Lhermitte et Guillaume (Acad. Méd., 7 octobre 1941) et Lhermitte, Delthil et Guillaume (Soc. Neurologie, 15 mai 1941).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

Séance du 21 juin 1943

Election d'un correspondant dans la section de médecine et de chirurgie en remplacement de M. Sanarelli (de Rome), décédé.

M. Maurice Arthus (de Lausanne), a été élu.

Séance du 28 juin 1943

Election d'un membre titulaire dans la section de physique générale en remplacement du Dr Edouard Branly, décédé.

M. Frédéric Joliot a été élu.

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 22 juin 1943

Sur la transmission à l'homme d'une dermatomycose fréquente des veaux. — MM. A. et R. Sartory, Chavialle (de Mauriac) et F. Kocher ont eu l'occasion d'étudier une dermatomycose trichophytique des bovidés nommée vulgairement *Anders* dans le Massif Central. Cette infection est transmissible à l'homme : l'an dernier, un certain nombre de cas ont été signalés ; cette année, dès le printemps, la maladie a fait son apparition dans les étables du Cantal et elle s'est développée rapidement.

Les auteurs exposent les caractères des lésions humaines, leur transmission et la thérapeutique qui semble devoir leur être appliquée.

Les lésions consistent surtout en un herpès circiné des parties glabres, quelquefois du cuir chevelu ; dans ce cas les lésions sont toujours suppurées. La transmission se fait surtout par grattage. Une première atteinte semble immuniser. L'agent de la maladie serait un trichophyton. Traitement : épilation, badigeonnages iodés, ou iodo-iodurés ou pommade au formol à 1 p. 100.

Curabilité de la syphilis scléro-gommeuse du foie. — M. A. Sézary. — Le pronostic de la syphilis hépatique scléro-gommeuse est considéré comme sérieux. Fournier et Hudelo le déclarent « des plus sombres ». D'après ces auteurs, la syphilis hépatique ne peut guérir que si le foie est simplement hypertrophié, encore régulier, où s'il s'agit d'une forme gommeuse où le parenchyme a conservé à peu près son intégrité. M. Sézary apporte une observation de syphilis scléro-gommeuse grave, où la thérapeutique spécifique a fait disparaître complètement tous les troubles de la santé et ramené le foie et la rate à leurs dimensions normales. Il faut dire que ce résultat a été obtenu grâce à un traitement persévérant et avec l'aide de médications inconnues à l'époque où l'article de Fournier et Hudelo a été rédigé.

Ce cas montre que la sclérose syphilitique du foie est complètement

curable par un traitement spécifique persévérant. Les thérapeutiques spécifiques modernes ont donc notablement amélioré le pronostic de l'affection, pronostic si sombre à l'époque où l'on ne connaissait que le mercure et l'iodure de potassium. Il paraît intéressant de souligner le fait qu'il doit encourager à traiter, certes avec toute la prudence nécessaire, mais aussi avec toute l'énergie et la persévérance possibles, les cas d'hépatite dont on peut craindre l'étiologie syphilitique. Le mercure et le bismuth sont des armes thérapeutiques dont l'emploi successif permet d'obtenir les meilleurs résultats, l'arsenic trivalent ne pouvant être utilisé qu'au moment où l'insuffisance hépatique est guérie, pour tenter de réduire des séro-réactions rebelles (caractère rebelle sans doute indépendant de la lésion hépatique).

Etude du pH et du pouvoir-tampon de la salive. Rôle de ses propriétés physico-chimiques dans l'étiologie de la carie dentaire. — MM. M. Dechaume et M. Viscontini. — Après examen de 300 enfants ou adultes les auteurs arrivent à conclure que le pH et le pouvoir-tampon de la salive sont remarquablement constants chez un individu en bonne santé ; ils ne sont pas en rapport avec la présence des caries dentaires et ne se modifient que sous l'influence de troubles profonds du métabolisme général tels que la grossesse ou des états fébriles.

Un cas d'intoxication par le carbonate de baryum. — M. R.-F. Bridgman.

Séance du 29 juin 1943

Notices. — M. Ribadeau-Dumas donne lecture d'une émouvante notice nécrologique sur M. Emile Sergent, ancien président.

M. Lhermitte retrace la vie et rappelle les travaux de M. Ollive (de Nantes), correspondant national.

Les ponctions biopsies dans le diagnostic des affections hépatiques. — MM. Noël Fiessinger, Maurice Roux et Francis Lambotte rapportent le résultat de leur expérience au sujet des ponctions biopsies du foie suivant la technique qu'ils ont adoptée avec M. Chiray en 1941. Sans déplorer la moindre complication et avec seulement 15 à 20 % d'échecs, ces auteurs insistent non seulement sur la valeur de contrôle mais surtout de découverte pour des diagnostics qui resteraient inconnus sans l'argument histologique : dégénérescence amyloïde, cirrhoses pigmentaires simples, cirrhoses et cancer, et hépatite dégénérative dans l'ictère catarrhal prolongé.

La ponction biopsie du foie devient ainsi une technique indispensable pour le diagnostic de certaines hépatomégalies et sa pratique est inoffensive dans les conditions formulées par ces auteurs : gros foies durs, sans ascite et sans hémorragie, et en adoptant l'aiguille et la technique qu'ils ont employées.

La tuberculisation par les bacilles morts. — M. Auguste Lumière rappelle les injections expérimentales de cadavres bacillaires (Prudden et Hodenpyl) qui ont mis en évidence cette conclusion que les bacilles stérilisés sont capables de reproduire les principaux symptômes et les lésions de la tuberculose infectieuse (Straus et Gamaléia). D'autre part, la persistance de la présence des bacilles morts permet de comprendre certains phénomènes concernant la pathogénie de la tuberculose et notamment la formation des abcès froids et des tubercules résultant de l'irritation des éléments cytologiques par les corps bacillaires, constatation qui conduit à la genèse des cellules embryonnaires, épithéloïdes et des cellules géantes.

La rareté des bacilles constatée dans les lésions tuberculeuses et dans les produits pathologiques qui en dérivent est due à l'insuffisance de la fonction hypophysaire. C'est de ce côté que s'orientent les recherches de l'auteur.

Sur un élément de pronostic dans les affections mentales. — M. Barbé. — Une persistance régulière et normale des contractions iriennes permet de porter un pronostic favorable, alors que l'absence de ces contractions permet, dès le début des troubles mentaux, d'envisager une évolution probable vers un état démentiel.

Les industries de salaison et de charcuterie sont des industries de fermentation. — M. Mazé.

Séance du 6 juillet 1943

Notice. — M. Ramon lit une très belle notice nécrologique sur M. Yersin.

A propos du centenaire de Grancher. — M. Jules Renault lit une notice sur *Grancher pédiatre*.

Dans la prochaine séance, M. F. Bezançon parlera de *Grancher phtisiologue*.

Les crèmes glacées et les glaces. — M. Martel attire l'attention de l'Académie sur les points suivants :

1. Avec ou sans étiquette « fantaisie » on ne devrait pas tolérer la vente de *glaces, crèmes glacées*, ne renfermant que de l'eau, de la saccharine, un colorant artificiel et un parfum synthétique ;

2. La limonade sans sucre, saccharinée, n'est pas davantage à recommander.

3. Si de tels produits sont tolérés on devrait au moins en indiquer la composition à l'acheteur.

4. Les sorbets aux fruits ou aux jus de fruits doivent retenir l'attention. On devrait pouvoir utiliser les fruits et jus de fruits *conservés sans aucune addition d'antiseptique*, SO^2 y compris, et exempts de saccharine, de colorant et d'arome artificiels.

5. Les fabrications doivent être contrôlées au point de vue de la propreté.

L'extension des infections à colibacilles, conséquence de l'utilisation des engrais humains dans la culture maraîchère. — M. Barbary attire l'attention sur les dangers de ces engrais et demande à l'Académie de Médecine de bien vouloir intervenir auprès de M. le Ministre, secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé, pour que MM. les Maires soient invités, dans l'intérêt de la Santé Publique, à veiller sur la stricte application de l'article 69 du règlement sanitaire.

Sur l'action antisulfamide de quelques anesthésiques locaux. — Mlle M. Th. Regnier et M. P. Feyel étudient l'action antisulfamide des principaux anesthésiques locaux comparée à celle de la novocaïne établie par Woods. Cette étude a été faite *in vitro* et *in vivo* sur le streptocoque hémolytique. Si l'anesthésine, la larocaïne, la pantocaïne ont une action antisulfamide nette, quoique inférieure à celle de la novocaïne, la butelline n'agit pas et l'eucaïne, de même de la delcaïne présentent à ce sujet une action négative.

Le rôle capital de l'organisme et la nécessité de son étude complète dans toutes les maladies d'allure subaiguë ou chronique. — M. F. Jayle.

Election. — M. Hervieux (de Toulouse) est élu correspondant national dans la 5e division (médecin vétérinaire).

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 23 juin 1943

Volumineux hématome prépéricardique avec hémopéricarde et rupture de la valvule mitrale par contusion thoracique sans plaie ni fracture. — M. Caby. — M. R. Monod, rapporteur.

Maladie de Hodgkin primitive du grêle décelée par une perforation. — MM. P. Monod et Duperrat. — Rapport de M. Mouloncuet.

Volvulus de la vésicule biliaire opéré et guéri. — M. Magnan. — M. Soupault, rapporteur.

Traitement chirurgical de l'hypertension artérielle. Résultats éloignés chez 17 malades opérés de 1934 à 1942. — MM. C. Lian, Welti et Gaguière rapportent les résultats de 17 splanchnicectomies associées à l'ablation de la corne externe du ganglion semi-lunaire et à la sympathectomie lombaire. La diminution tensionnelle est, en général, passagère mais les troubles fonctionnels liés à l'hypertension sont amendés soit définitivement, soit passagèrement.

Traitement chirurgical de l'hypertension artérielle. — MM. A. Sicard et M. Gaultier apportent six observations traitées par splanchnicectomie bilatérale qui confirment les faits signalés par M. Lian.

Traitement chirurgical de l'hypertension artérielle. A propos de 10 cas opérés. — M. S. Blondin a exécuté 8 surrénalectomies ; 4 malades encore vivantes ont été améliorées. L'auteur se demande si la splanchnicectomie ne donne pas de meilleurs résultats.

M. Gouverneur a opéré 17 hypertensions par splanchnicectomie bilatérale ; ablation du ganglion aortico-rénal, et décapsulation du rein. Il insiste sur la fréquence des lésions rénales discrètes.

M. Leriche rappelle les travaux expérimentaux des Américains qui montrent que l'ablation des deux chaînes splanchniques en totalité ne suffit pas à supprimer la régulation de la tension artérielle. Il opère en deux temps : 1er temps splanchnicectomie et section des 2 ganglions lombaires et des 2 derniers dorsaux ; dans le 2e temps, même intervention à laquelle il ajoute une épinéphrectomie.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 28 mai 1943

Angiomes caverneux multiples de la peau associés à des angiomes des os de la main. — MM. Pasteur Vallery-Radot, Jean Michaux, André Domart et Mme P. Robbes présentent un malade atteint d'angiomes caverneux multiples de la peau prédominant sur la main et l'avant-bras droits et n'entraînant aucun trouble fonctionnel. Ces tumeurs sont associées à des angiomes osseux siégeant presque exclusivement sur le squelette de la main gauche, donc du côté opposé au maximum des angiomes cutanés.

A propos du diagnostic radiologique des niches bénignes et malignes. — MM. M. Brulé et P. Hillemand rappellent comment, en ces dernières années, on s'est attaché à préciser les aspects radiologiques des niches bénignes et des niches malignes. Ils montrent que le diagnostic radiologique n'est qu'un diagnostic de présomption qui ne permet pas d'affirmer un diagnostic histologique, mais de le suspecter ; d'où la nécessité absolue, sans vouloir diminuer la part de la radiologie, de confronter les données cliniques, radiologiques et gastroscopiques.

Interprétation des images thoraciques triangulaires juxta-vertébrales. — M. Cathala. — Chez un enfant, la persistance de la toux, après une coqueluche fait pratiquer un examen radiologique. On trouve une image triangulaire qui persiste. Mort par diphtérie intercurrente. L'autopsie montre une dilatation bronchique, alors qu'on croyait trouver une atélectasie.

Sciatique symptomatique d'une tumeur intra-médullaire de la région dorsale supérieure. — M. de Sèze. — Cas d'une névralgie sciatique constituant pendant plusieurs années le seul symptôme d'une tumeur médullaire de la région dorsale supérieure, ayant été diagnostiquée sciatique gravidique. Guérison par radiothérapie.

Très volumineuse tumeur conjonctive pseudo-kystique intrathoracique. Opération. Guérison. — MM. P. Bourgeois et Marc Iselin. — Présentation d'un malade opéré pour volumineuse tumeur thoracique occupant la quasi-totalité du champ pulmonaire droit, sans pédicule bien individualisé. L'intervention par incision externe a amené la guérison du malade. La tumeur apparut constituée par des cellules conjonctives pauvres en collagène ; méritait d'être étiquetée sous le nom de « conjonctivome ».

Emphysème polykystique localisé, suivi d'atelectasie pulmonaire en rapport avec une obstruction bronchique incomplète. — MM. Pruvost, Bourguignon et Depierre. — Malade atteint d'une tumeur maligne avec adénopathie hilaire prononcée ayant début par un syndrome de lobite pseudo-tuberculeuse ; à un premier stade d'image bulbeuses succéda un stade d'atélectasie presque totale du poumon droit qui renforça le diagnostic d'emphysème obstructif à forme polykystique porté par les auteurs.

Séance du 4 juin 1943

Néphrose lipoïdique de l'adulte. — MM. Pasteur Vallery-Radot, André Busson, René Wolfromm, M. Laudat et J. Tabone. — Ces observations montrent : 1° la réalité de la néphrose lipoïdique pure chez l'adulte ; 2° la guérison possible du syndrome clinique et du syndrome humoral de la néphrose lipoïdique sous l'influence du régime et du traitement thyroïdien.

Trois cas de néphrose lipoïdique avec néphrite associée précocement. — MM. Pasteur Vallery-Radot, René Wolfromm et J. Tabone rapportent trois cas de néphrose lipoïdique où la néphrite s'associa précocement à cette affection sous l'influence du régime hyperazoté et du traitement thyroïdien, la néphrose lipoïdique guérit cliniquement et biologiquement. La néphrite a guéri aussi sous l'influence du traitement de la néphrose lipoïdique.

Néphrose lipoïdique avec néphrite associée précocement. — MM. Pasteur Vallery-Radot, M. Laudat, J. Lemant et René Wolfromm. — Les auteurs montrent que la néphrose lipoïdique avec néphrite associée doit être distinguée de la néphrite avec syndrome lipidoprotidique associé. Il importe d'instituer un tel traitement qui peut faire disparaître la néphrose lipoïdique et en même temps guérir la néphrite.

Action des poussières de talc sur le poumon. — MM. Sorel, Lasserre et Salvador (de Toulouse). — De cette étude, les auteurs concluent qu'il n'existe pas de silicatose par le talc, mais que, lorsque le poumon est lésé par une infection tuberculeuse ou banale, il peut se créer une silicato-tuberculose.

Un cas de cancer primitif de la plèvre. — MM. Duvoir, G. Poumeau-Delille, L. Durupt et Hadengue. — Observation anatomo-clinique d'un cancer primitif de la plèvre, chez un homme de 43 ans. Les caractères histologiques de la tumeur permettaient de la ranger dans le cadre des réticulo-endothéliomes à point de départ du revêtement pleural.

La pleurésie séro-fibrineuse dans une collectivité parisienne de 1937 à 1942. Influence de la ration alimentaire et des facteurs moraux. — MM. Bariéty, Lejard, Passa et Barrade.

Sciatique par neurogliomes de la queue de cheval. La forme « sciatalgique » pure des tumeurs de la queue de cheval. — M. de Sèze. — Observation de neuronomes de la queue de cheval évoluant depuis des années sous le masque d'une névralgie sciatique unilatérale, ne s'accompagnant d'aucun signe neurologique objectif, d'aucun trouble de la sensibilité, d'aucun trouble sphinctérien. L'auteur insiste sur les heureux résultats de l'intervention neuro-chirurgicale dans ces tumeurs opérées au stade purement algique.

La sacralisation douloureuse existe-t-elle ? — MM. S. de Sèze et Pierre-Yves Paliey apportent une statistique de laquelle il ressort que les anomalies transitionnelles de la charnière lombo-sacrée sont rencontrées avec une fréquence égale chez les sujets souffrant de douleurs lombo-sciatiques et chez les sujets normaux pris comme témoins.

Des résultats de leur enquête, les auteurs concluent qu'il n'y a pas de liens de cause à effet entre sacralisation, d'une part, et douleurs lombo-sciatiques, d'autre part.

Infarctus pulmonaire d'origine réflexe. — MM. Even et Lecoeur. — Observation d'infarctus pulmonaires multiples et mortels après réinsufflation de pneumothorax. Les auteurs rapprochent ces infarctus de la congestion œdémateuse des poumons dans les hémoptysies foudroyantes. Congestion œdémateuse diffuse, érythrodiapedèse, infarctus, sont les trois stades successifs des accidents pulmonaires vaso-moteurs obtenus expérimentalement.

Deux cas d'emphysème pulmonaire obstructif. — MM. R. Even et J. Lecœur. — Les auteurs insistent sur la fréquence des cas d'emphysème obstructif, ainsi que sur les caractères particuliers des images radiologiques de ces emphysèmes et sur la nécessité de la bronchoscopie systématique en présence d'une hyperclarté emphysémateuse, seul examen capable de découvrir l'obstacle bronchique cancéreux ou non.

Ils posent enfin le problème des rapports qui doivent exister entre ces emphysèmes obstructifs et les kystes pulmonaires uniloculaires géants qui ont été rapportés et qui, selon les auteurs, doivent fréquemment être des emphyèmes obstructifs méconnus, faute d'avoir pratiqué un examen complet des bronches.

Note sur une autopsie de syndrome neuro-œdémateux. — MM. Lhermitte, Julien-Marie et Ajuriaouerra apportent les résultats de l'étude histologique des centres nerveux d'un cas de syndrome neuro-œdémateux. Ils ont constaté une dégénération cytologique des cellules de la colonne de Clarke au niveau de la moelle dorsale. Le bulbe, la protubérance, les nerfs, le plexus sympathique lombaire sont normaux.

Séance du 11 juin 1943

Persistance de l'action déchlorurante des diurétiques mercuriels chez le sujet normal et chez le diabétique insipide soumis au régime déchloruré prolongé. — MM. J. Marie, Seringe et Bricaire.

Examen histologique des reins d'une femme ayant présenté au cours de sa vie une néphrose lipoïdique transitoire. — MM. Pasteur Vallery-Radot, G. Mauric, Mlle Gauthier-Villars et M. R. Wolfromm ont rapporté à la Société l'observation d'une néphrose lipoïdique guérie. La femme qui en fut atteinte mourut au cours d'une crise d'asthme. Les examens histologiques des reins ne montrèrent ni modification de l'architecture d'ensemble, ni altérations glomérulaires, ni modification des tubes, ni atteinte du tissu interstitiel. Ce cas montre qu'une néphrose lipoïdique guérie peut ne laisser aucune séquelle. La *restitutio ad integrum* peut donc être complète.

Néphrose lipoïdique associée à des lésions pancréatiques. — MM. Pasteur Vallery-Radot, R. Leroux, Mlle Gauthier-Villars, MM. G. Mauric et R. Wolfromm. — Observation d'un malade atteint de néphrose lipoïdique intéressante à trois points de vue : 1° les examens histologiques montraient une surcharge graisseuse du rein sans aucune lésion de néphrite ; cette constatation a un particulier intérêt ; 2° d'autres organes que le rein étaient infiltrés de graisses neutres et biréfringentes ; 3° il existait une lésion pancréatique de cause indéterminée qui peut faire soulever l'hypothèse de l'origine pancréatique du trouble du métabolisme des graisses.

Les tuberculoses de famine étudiées dans les hôpitaux psychiatriques de la Seine. — MM. P. Bourgeois, J. Vié et A. Bellin. — Accroissement de la mortalité tuberculeuse, malgré une amélioration relative du régime de sous-alimentation imposé aux malades, la mortalité a continué à croître. Les formes de tuberculose les plus fréquentes sont les infiltrations nodulaires diffuses sub-fébriles, rapidement extensives entraînant la mort en 2 à 6 mois. Excessive rareté des polysérites tuberculeuses ; sont rares également les formes caverneuses. Si les cavernes apparaissent elles sont multiples et précèdent de peu l'issue fatale.

Compression du cône terminal et de la queue de cheval par hernie discale et arachnoïdite adhésive. Intervention chirurgicale. — MM. Nicaud, Lafitte et Klein.

Diagnostic de deux formes atypiques d'emphysème kystique à l'aide d'un pneumothorax artificiel complété ou non par une pleuroscopie. — MM. Rist, Pruvost, Mme Blanchy, MM. Roux-Berger et Depierre. — Dans les deux cas, il s'agissait d'emphysème bulleux plutôt que de kyste congénital : les deux images étant en rapport avec des lésions fibreuses de voisinage. Ces observations montrent l'intérêt de créer un pneumothorax non pas dans un but thérapeutique mais diagnostic lorsqu'il s'agit de préciser une image thoracique douteuse.

Sciatique gauche. Compression par hernie discale et archnoïdite adhésive. Intervention. — MM. Nicaud, Lafitte, Klein. — Femme de 52 ans, présentant des signes de sciatique gauche rebelle, sans cause précise. Intervention : racines unies par arachnoïdite adhésive ; face antériure du canal rachidien soulevée par saillie du disque. Dissociation des éléments de compression. Guérison.

Périartérite noueuse chronique en reprise évolutive. — MM. Nicaud et Lafitte. — Malade de 25 ans, atteinte de périartérite noueuse, et observée à l'âge de 10 ans. Nouvelle poussée caractérisée par apparition de nodules hypodermiques disséminés au niveau des cuisses et de l'abdomen. Recherches de laboratoire pour l'étiologie : négatives. La biopsie d'un placard induré a montré la nature des lésions.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

7 juin. — M. Griblain. Les septicémies puerpérales à germes anaérobies non telluriques. — M. Noel. Sur un cas d'ostéose parathyroïdienne par adénome malin. — M. Besnier. Les signes d'alarme du sulfo-carbonisme professionnel. — Mlle Huffer. Les hémopathies benzoliques retardées.

9 juin. — M. Principale. La méningite tuberculeuse à forme somnolente de l'adulte. — Mlle Marcaud van Weydeveldt. Le traitement médical de l'ectopie testiculaire. Etude clinique. — M. Morel. Les organo-soufrés dans la pneumonie. — Mme Grall. Infarctus pulmonaires au cours d'une maladie de Roger.

17 juin. — M. Boudet. Evolution des traitements médicaux et chirurgicaux des pleurésies purulentes aiguës non tuberculeuses. — Mlle Georges Kahn. Influence de la rougeole sur la tuberculose pulmonaire de l'enfant. — M. Zingg. Les tumeurs épithéliales de la parotide chez l'enfant et l'adolescent.

18 juin. — M. Reneyey. Morbidité tuberculeuse axilaire en période de carence. — M. Grémeaux. Contribution à l'étude du traitement de l'épilepsie par la diphényl-hydantoïnate de soude. — M. Emioz. Les œdèmes de carence. — de Larminat. La coqueluche maligne à forme nerveuse.

18 juin. — M. POULAIN. Sur un cas de syndrome de Krükenberg. — M. CAUCHOIS. Contribution à l'étude de l'hématologie comparée. — Mlle CHAPPELLART. Réaction myeloïde chez un enfant atteint de dysenterie bacillaire (formule sanguine au cours de cette affection).

21 juin. — M. GANTIER. Essai d'une médecine logicienne tendant à distinguer une science pathologique théorique de la médecine pratique. — M. GAY. Les troubles cardio-vasculaires de l'hypothyroïde. — Mme GRATADOU. Quelques faits concernant l'allergie locale. — M. GIBERT. Contribution à l'étude de l'infarctus intestinal et de son traitement. — M. CHAPRON. Etude physio-pathologique de l'insuffisance rénale aiguë chez le nourrisson.

22 juin. — M. LAUMAILLE. Ligature de la carotide primitive et hémiplégie. — M. PORIEL. Contribution à l'étude du traitement des fractures des deux os de l'avant-bras. — Mlle MENDRAS. Contribution à l'étude de l'électro-coagulation dans le cancer du col de l'utérus. — M. EIDESHEIM. Contribution à l'étude du test pyruvique urinaire chez les tuberculeux. — M. FAKHFAKH. Traumatismes oculaires et jeux d'enfants.

22 juin. — M. LASSERRE. Considérations sur les antrites et adénoïdites du nourrisson.

23 juin. — M. MAILLIER. Traitement du rhumatisme chronique par les corps soufrés. — Mme CHEVALLIER-PRIGENT. Contribution à l'étude de l'intoxication par l'oxyde de carbone. — M. DESJEUX. Contribution à l'étude du rhumatisme survenant au cours de la dysenterie bacillaire. — M. MORINIÈRE. Contribution à l'étude des accidents nerveux. — M. AOUN. Le cœur dans le paludisme. — M. DAILHEU. L'électrocardiogramme dans le rétrécissement aortique orificiel. — M. JOINVILLE. Les conceptions actuelles de l'hérédo-alcoolisme. — Mlle LEFEBVRE. Observations de réactivation de la cuti-réaction par l'intra-dermo réaction à la tuberculine. — M. GUEGUEN. Les abcès du douclas post-appendiculaires.

THESES VETERINAIRES

7 juin. — M. ALLOY. Les anomalies congénitales du squelette axial. — M. DIÉTRELLE. L'anatoxine staphylococcique et son emploi dans le traitement des suppurations chez le cheval. — M. MÉRAT. Recherches sur l'origine et la nature de l'alexine. — M. BINET. De la frigidité chez la lapine. Essais de traitement.

THÈSES DE PROVINCE [1]

THESES DE MEDECINE DE MARSEILLE

Année scolaire 1942

55 thèses en vue du doctorat d'Etat numérotées de 1 à 55 inclus.

20. — BACHELLERIE (Mme), née HANIN. *Quelques considérations sur deux disjonctions cranio-faciales.*

41. — BAILLET. *Etude du chlore urinaire au cours de l'épidémie de typhus de Marseille* (mars-avril 1942)

17. — BEHAR. *Les accidents de l'avortement criminel par injections de liquides dans l'utérus, d'après 65 observations dont 2 inédites.*

10. — BERRE. *Contribution à l'étude de l'alimentation dans les maladies infectieuses aiguës (cas de fièvre typhoïde).*

9. — BONNEL. *Contribution à l'étude du kala-azar méditerranéen.*

35. — BRIGNOL. *Sur la gravité de certaines tuberculoses décelées par examen systématique ou fortuit.*

55. — CARPANETTI. *Les sacro-coccygodynies post-traumatiques.*

37. — CASAMATTA. *Contribution à l'étude clinique des abcès du poumon.* (Travail de la Clinique médicale du Prof. Mattéi.)

11. — CASANOVA. *Traitement chirurgical de la ptose rénale par le procédé de l'anse aponévrotique.*

43. — CHAUVET. *Contribution à l'étude de la réactivation de la gonococcie féminine par le tartrate d'ergotamine.*

39. — CHIOZZA. *Contribution à l'étude de la maladie de Harada (méningo-uvéite avec clavitie.*

4. — CLAUSADE. *Contribution à l'étude du traitement de la distomatose hépatique à fasciola hépatica.*

31. — COEN (Mlle). *La réduction de la masse ovarienne et ses conséquences.*

24. — DASTE (Mlle). *Contribution à l'étude des fièvres simulées.*

42. — DEFERRE (Mme). *Leucose aiguë et infection.*

48. — DELANOË. *Les aspects de la tuberculose chez les Indochinois vivant en France.*

33. — DESANTI (Etienne). *Régulation de la circulation cutanée. Etude des mécanismes nerveux centraux.*

38. — DESANTI (Mme), née CHEYRON. *Contribution à l'étude des syndromes secondaires et tardifs survenant au cours des diphtéries communes.*

47. — DOZOUL. *Contribution à l'étude physiopathologique et aux indications opératoires dans les spasmes artériels des membres inférieurs.*

50. — DURBEC. *Du rôle de la surrénale dans l'hypertension et les oblitérations artérielles. Déductions chirurgicales.*

13. — FERRAND. *Contribution à l'étude du prolapsus génital après hystérectomie.*

18. — FIASTRE. *Contribution à l'étude de la maladie et du choc post-opératoires.*

22. — FRANCESCHI. *Carences alimentaires chez les aliénés.*

21. — FRÉZET. *Cardiopathies congénitales et malformations associées. Malformation cardio-thoracique d'Apert.*

15. — GARROUSTE. *Contribution à l'étude des anémies graves de l'adulte en rapport avec la syphilis acquise ou héréditaire.*

36. — GAUDIBERT. *Les cortico-pleurites avec épanchement et la tuberculose chez les Indochinois vivant en France.*

53. — GERONIMI. *Contribution à l'étude des abcès froids primitifs de la rate.*

2. — KOULICHE. *Considérations sur le traitement du tétanos post-abortum.* (A propos de deux cas de guérison publiés dans la Clinique des maladies contagieuses de Marseille).

49. — LABASTIE. *L'arachnoïdite optochiasmatique et son traitement neuro-chirurgical.*

32. — LATRAT. *Contribution à l'étude de l'acrocéphalo-syndactylie. Maladie d'Apert.*

52. — LECA. *Contribution à l'étude du traitement des kystes hydatiques de la rate.*

46. — LENN. *Contribution à l'étude du traitement du tétanos utérin.*

5. — LUBTCHANSKY. *Considérations sur un cas de colères pathologiques infantiles chez un fils de P. G.*

28. — LUCCHINI. *Contribution au diagnostic différentiel des sciatiques et des oblitérations artérielles des membres inférieurs. Le signe du brassard oscillométrique.*

30. — MALACAMP. *Considération statistique sur la mortalité par le cancer au Centre anticancéreux de Marseille. Enquête personnelle portant sur l'année 1939.*

45. — MARROT. *Contribution à l'étude des narcolepsies familiales.*

12. — MICHEL. *Contribution à l'étude des manifestations phlébartérielles traumatiques des membres (phlébartéries et phlébartérites).*

3. — MOCH. *Sur quelques applications thérapeutiques du venin de crapaud.*

1. — MONOD. *Contribution à l'étude du cancer primitif du poumon.* (A propos de 13 observations.)

19. — PELLET (Mme), née SCHECHTMANN. *Contribution à l'étude des tumeurs de la queue du pancréas.*

8. — FERRAMOND. *Contribution à l'étude clinique et thérapeutique des grossesses interstitielles.*

34. — PICAUD. *Contribution à l'étude des abcès du poumon au cours du diabète.*

23. — PUY. *Contribution à l'étude clinique de la névralgie du glosso-pharyngien.*

29. — RANQUE. *Contribution à l'étude de l'alexine.*

25. — REVOL. *Contribution à l'étude du traitement du kala-azar autochtone par de nouveaux composés stibiés et non stibiés.*

27. — ROUX. *Contribution à l'étude des courbes de diurèse dans les maladies contagieuses.*

14. — SADEK KODJA-ZADE. *Que peut-on attendre de la résection endoscopique dans le traitement du cancer de la prostate.*

26. — SANGUY. *Contribution à l'étude clinique et médico-légale du saturnisme chronique.*

7. — SAUVET. *Vitamine A et régénération tissulaire.*

16. — SEILLON (Mlle). *Poussées évolutives tardives des encéphalopathies infantiles.*

40. — TARDIEU. *Les hépatites amibiennes à forme septicémique.*

51. — TARTRAIS. *Etude des modifications hématologiques du personnel d'un centre anticancéreux.*

6. — VELLA. *Les aspects cliniques du paludisme dans les hôpitaux de Marseille.*

44. — VIDAL. *Contribution à l'étude des granulies aiguës.*

54. — VUILLET-TUBIANA (Mme). *Sur deux cas d'étranglement interne du côlon sigmoïde par volvulus de l'intestin grêle (occlusion double).*

(1) Cf. *Gaz. Hôp.*, 1943 : *Thèses de Montpellier* (années 1940-41 et 1941-42), p. 90. — *Bordeaux* (1941-42), p. 123. — *Marseille* (année 1941), p. 123. — *Nancy* (année 1941-42), p. 124. — *Lille* (années 1940-41-42), p. 201.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

La relève des étudiants en médecine et des médecins prisonniers de guerre

Nous pouvons aujourd'hui compléter la documentation de nos lecteurs sur la relève des médecins prisonniers de guerre.

Le 10 mai dernier, nous avons expliqué le mécanisme de cette relève ; les nouveaux pourparlers avec les autorités occupantes ont permis une entente sur les bases suivantes :

a) Une première tranche de 37 médecins va rentrer sous peu ; ceux-ci seront rapatriés par rang d'âge et d'après leurs charges de famille, tous les détails sur ce point étant fixés par la Direction du Service de Santé ; à leur place 37 médecins de l'Active seront envoyés en Allemagne ;

b) Une deuxième tranche de 536 médecins sera ensuite relevée ;

c) Une troisième tranche de 178 médecins de réserve reviendra en France à son tour, et ceux-ci seront remplacés par des confrères de la réserve toujours en observant les mêmes conditions.

Ajoutons que la présence de plusieurs enfants au foyer de ces derniers les favorise en ce sens que chacun d'eux les vieillit de deux ans et retarde d'autant leur départ. Seront exemptés de celui-ci les anciens prisonniers de guerre et les pensionnés de guerre à taux élevé.

Le total des effectifs plus haut cités (755), très proche des 800 prisonniers signalés par nous ici-même le 10 mai, montre l'exactitude de nos chiffres. Il est vraisemblable que depuis cinquante jours, les 49 médecins constituant la différence sont rentrés, et il est très difficile d'obtenir des chiffres d'effectifs précis sur une armée de 1.100.000 prisonniers éparpillés dans toute l'Allemagne.

Aussi devons-nous rendre hommage aux enquêtes de M. l'Ambassadeur Scapini. C'est à lui qu'on devait à la date du 23 mars 1942 le retour de 210.800 prisonniers de guerre, dont 23.000 sanitaires, 75.000 malades et 34.000 pères de familles nombreuses.

Grâce aux liaisons établies entre l'Ambassade et les camps de prisonniers, on a pu dénombrer les étudiants en médecine. Les uns gradés, les autres non gradés. Ce nombre est plus élevé qu'on ne le pensait. Il existe, en effet, 297 médecins-auxiliaires prisonniers ainsi répartis :

147 étudiants en médecine ;
150 docteurs en médecine.

Les enquêtes de l'Ambassade ont révélé en outre la présence en Allemagne de 40 étudiants non gradés, ce qui porterait l'effectif des étudiants en médecine à :

147 plus 40, soit 187.

Mais nous croyons savoir que de nouveaux sondages sont en cours au sujet des étudiants non gradés dont le nombre paraît faible par rapport à la masse restante des prisonniers.

Maurice Mordagne.

LOI N° 229 DU 28 AVRIL 1943

relative à la protection sanitaire de la main-d'œuvre française en Allemagne

Article premier. — Pour permettre d'assurer la protection sanitaire de la main-d'œuvre française en Allemagne, le chef du Gouvernement (commissariat général à la main-d'œuvre en Allemagne) peut requérir des praticiens des deux sexes, docteurs en médecine, pharmaciens et dentistes diplômés ainsi que des étudiants en médecine, en pharmacie et en art dentaire, dans la limite d'un nombre qui sera fixé en accord avec le Secrétaire d'Etat à la Santé et à la Famille et le commissaire général à la main-d'œuvre française en Allemagne.

Art. 2. — Le Secrétaire d'Etat à la Santé et à la Famille est chargé du recensement du personnel sanitaire susceptible d'être requis par le Chef du Gouvernement, pour participer à l'encadrement sanitaire de la main-d'œuvre française en Allemagne. A cet effet, le Conseil Supérieur de l'Ordre des Médecins et le Conseil Supérieur de la Pharmacie lui désigneront, en tenant compte des situations d'âge et de famille, des services de guerre ainsi que des considérations d'intérêt général, les docteurs en médecine, pharmaciens et dentistes inscrits au tableau de leur ordre ou à la chambre départementale de leur profession et susceptibles d'être requis.

Art. 3. — Les conditions dans lesquelles les étudiants en médecine, en pharmacie et en art dentaire pourront être requis pour participer à l'encadrement sanitaire de la main-d'œuvre française en Allemagne seront fixées par arrêté du Chef du Gouvernement (commissariat général de la main-d'œuvre française en Allemagne), du Ministre Secrétaire d'Etat à l'Education nationale et du Secrétaire d'Etat à la Santé et à la Famille.

Art. 4. — Quiconque se sera soustrait ou tentera de se soustraire aux dispositions de la présente loi sera passible, en dehors des sanctions pénales et disciplinaires prévues par les lois et règlements en vigueur et notamment par les lois organisant la profession de médecin, de pharmacien ou de dentiste, des peines prévues à l'article 32 (dernier alinéa) de la loi du 11 juillet 1938 sur l'organisation de la nation en temps de guerre.

Art. 5. — Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* et exécuté comme loi de l'Etat.

Fait à Vichy, le 28 avril 1943.

LIVRES NOUVEAUX

J'étais médecin avec les chars (Journal de guerre), par M. André Soubiran, avec une préface de M. Georges Duhamel, de l'Académie Française. Ouvrage couronné par l'Académie Française. Un vol. gd in-8. Prix : 45 francs. Didier, éditeur, Paris-Toulouse.

Après les malheurs qui se sont abattus sur la Patrie, beaucoup de Français, dans leur accablement, ont été cruellement injustes envers ceux qui s'étaient sacrifiés pour sauver l'honneur.

Tandis qu'avait lieu l'exode, on a vu, noyées au milieu d'un flot de population prise de panique, des troupes exténuées par le combat et la retraite. Les unes étaient encore encadrées, d'autres étaient en désordre. Les gens de l'arrière ont remarqué ceux-là seulement. Ils ont alors jugé l'armée entière et l'ont mal jugée.

Si pendant quarante-deux jours les armées d'invasion ont été contenues c'est que des hommes, chasseurs, fantassins, artilleurs, cavaliers s'étaient cramponnés désespérément à notre sol.

Ce sont ces derniers et parmi eux les hommes des chars et surtout les cavaliers des G. R. dont nous parle M. André Soubiran dans son carnet de route. Ses souvenirs, émouvant témoignage, sont un hommage vibrant rendu à la mémoire de ses camarades tombés au Luxembourg, dans l'Aisne, dans la Somme ; dans la Seine, dans l'Eure, dans l'Orne, jalonnant de leurs corps les étapes de leur âpre résistance.

« J'ai voulu, écrit-il, dire à mon tour que les jeunes officiers, presque des enfants, que j'ai vus, n'étaient ni moins purs ni moins valeureux que leurs aînés, qu'ils furent des chefs et que leurs hommes, des ouvriers parisiens, des paysans normands, malgré tant d'excitations antérieures à l'indiscipline et au mépris de l'étendard retrouvèrent le patriotisme de notre race, surent obéir, se battre bravement et même, leurs officiers tués, se révélèrent à leur tour des meneurs d'hommes.

J'ai voulu dire que, du premier jour au dernier, pour marcher au sacrifice, ces chefs, du moins, eurent des soldats. »

M. Soubiran n'a pas seulement rendu justice aux combattants. Il était sous les ordres d'un médecin-chef qui, au dernier jour, demeura volontairement prisonnier pour ne pas abandonner les hommes alors qu'il ne restait aucun blessé à soigner.

Et cela encore l'auteur devait le dire, car on a été injuste aussi pour le service de santé : on a oublié que ses pertes de mai à juin 1940 ont été plus importantes que celles subies pendant les trois premiers mois de la guerre de 1914. On a oublié ses héros et ils furent nombreux.

« Le livre, écrit M. Georges Duhamel, dans sa lettre-préface, est beau, poignant, simple et jeune. Il ne s'embarrasse d'aucun préjugé, mais il est bien fait. Il montre qu'une condition élémentaire de l'art est dans le dédain de l'artifice... »

Que pourrais-je ajouter à cette appréciation de mon illustre confrère et ami !

F. L. S.

L'avortement, fléau national : Causes, conséquences, remèdes (étude historique, démographique, médicale et médico-légale, sociale, théologique, morale et juridique par le Dr Jean-E. Roy, professeur à l'Ecole de Médecine de Tours, Docteur en Droit. Un vol. gd in-8° de 390 p. Jouve, éditeur, 13, rue Racine, Paris.

Le Dr Grasset, Secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé, a écrit la préface de ce livre dans lequel l'auteur « expose les problèmes divers soulevés par la question de l'avortement avec autant de science que de conscience ».

« L'auteur, ajoute le Dr Grasset, a tous les titres pour écrire en apôtre : il est à la fois un accoucheur de grande pratique et un enseigneur officiel et réputé pouvant s'exprimer aussi bien au nom de la Médecine qu'au nom du Droit. Enfin il a un titre exceptionnel pour travailler à la défense de la famille : il est le chef de la plus belle famille médicale de France. »

Il n'y a rien à ajouter à cette présentation, sinon que le livre est dédié à M. le Maréchal Pétain, et à Madame Jean Roy (mère de dix-sept enfants et bientôt treize fois grand'mère).

Ce très beau livre mérite pleinement d'être lu, médité et largement diffusé.

Mémento de pharmacologie, par François Leuret, médecin des hôpitaux, directeur des travaux pratiques de pharmacologie à la Faculté de Médecine de Bordeaux. Préface du Professeur J. Carles, Professeur de Thérapeutique et de Pathologie générale. 1 vol. in-8° de 250 pages. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 6, place de l'Odéon, Paris (6e). Prix : 55 francs.

Ordre des Médecins

(*Suite de la page 210*)

cins utilisant la diathermie et les ultra-violets, etc., ayant une puissance totale souscrite égale ou supérieure à 30 hectowatts.

Le taux réducteur applicable à la consommation professionnelle de base de ces médecins est fixée à 70 %.

Par mesure de simplification dans le cas où un seul compteur enregistrera la consommation professionnelle et la consommation domestique et où il ne sera pas possible de discrimi ner l'une de l'autre, ce taux réducteur de 70 % sera appliqué à la consommation totale de base.

Bien entendu, dans le cas où un compteur spécial enregistre la consommation domestique, celle-ci reste soumise aux règles applicables à cette consommation.

2° Le Conseil du Collège départemental de la Seine de l'Ordre des Médecins aurait désiré que les relevés portent sur une période de temps plus importante que deux mois afin de pouvoir plus facilement compenser les différences en plus ou en moins qu'ils ont avec la période de référence. Cette modification n'a pu être retenue pour le moment car il n'y a aucune exception à ce système en ville. Mais il a été promis que si les modalités du contrôle étaient changées (en raison par exemple du manque de main-d'œuvre), les médecins seraient les premiers à bénéficier d'une mesure de cet ordre.

***

Gaz. — Les pourparlers du Conseil avec la direction des mines au sujet du gaz sont encore en cours.

Le Conseil a insisté sur la situation des médecins acculés depuis plus de deux ans par leurs exigences professionnelles à utiliser une partie du gaz qui leur est accordé pour leur usage domestique. Il espère que ses démarches aboutiront à un résultat favorable.

***

Charbon. — La réglementation nouvelle, concernant les attributions supplémentaires octroyées aux médecins du département de la Seine pour l'hiver 1943-1944 comprend :

Première catégorie. — Majorité des praticiens. — Une dotation forfaitaire de 500 kilos professionnels en plus de l'allocation domestique.

Deuxième catégorie. — Certains praticiens (O. R. L. en particulier) effectuent, chez eux, de la petite chirurgie qui nécessite l'anesthésie générale du malade, et un repos de quelques heures.

Dans ces cas exceptionnels et seulement après avoir saisi le bureau départemental du charbon qui consultera le Conseil du Collège départemental de l'Ordre des Médecins, les mairies pourront consentir des attributions, à concurrence de 50 % de la consommation de référence (1) des locaux professionnels (salon, cabinet de consultations, salle d'opérations) et non de l'ensemble de l'appartement dont une partie est presque toujours réservée à l'habitation du praticien, qui dispose déjà, jour son chauffage particulier, d'une carte de foyer domestique.

L'allocation de 50 % ne se cumulera pas avec la dotation forfaitaire de 500 kilos.

De même, les cliniques de consultations (non hospitalisantes) où sont effectuées des interventions chirurgicales bénignes, perçoivent au titre commercial 50 % de leur consommation de référence (1).

Troisième catégorie. — Pour les radiologues et les phtisiologues, le coefficient de satisfaction est fixé cette année à 65 % comme pour les hôpitaux et cliniques. Ces attributions sont également octroyées par les mairies.

Le taux de 65 % ne doit s'appliquer qu'à la consommation de référence (1) des locaux professionnels et l'allocation ne se cumulera pas avec la dotation forfaitaire de 500 kilos.

Approvisionnements professionnels

Alcool. — Chaque trimestre, les praticiens ont droit à deux litres d'alcool :

1 litre alcool nature à 90° ; 1 litre d'alcool dénaturé. Les bons correspondants sont à leur disposition au Conseil de l'Ordre.

Coton. — Textile. — Les demandes doivent être adressées au cours de chaque trimestre au Conseil de l'Ordre qui les transmet avec son avis soit au Comité des produits pharmaceutiques, soit au Comité du textile. Les quantités de ces produits allouées chaque trimestre varient de un à trois kilos suivant la spécialité du demandeur.

Médicaments. — Pour certains produits de première nécessité que l'on trouve actuellement avec difficulté, tel que cocaïne, pilocarpine, les praticiens devront en faire la demande au Conseil de l'Ordre en indiquant obligatoirement le nom du pharmacien qu'ils auront choisi.

Le Comité des produits pharmaceutiques se mettra en rapport avec ce fournisseur pour donner satisfaction aux praticiens dans la mesure du possible.

Papier. — Pour le papier, le Conseil précise qu'il reçoit du Conseil National chaque trimestre une allocation de papier destinée aux besoins de ses bureaux. Pour rendre service aux confrères, le Conseil remet à ceux qui ne peuvent s'en procurer des bons de un kilo.

Malheureusement, en raison de la faible quantité dont il dispose, il ne pourrait satisfaire à un trop grand nombre de demandes.

Aussi il recommande de n'avoir recours à lui qu'en cas d'absolue nécessité.

---

(1) On entend par consommation de référence des locaux professionnels « consommation d'avant-guerre proportionnée sur l'ensemble des locaux utilisables pour la profession ». Quand ce chiffre n'est pas établi, il est fixé d'accord avec le praticien par l'Office du charbon.

Renseignement

Jeune fille, infirmière diplômée, cherche emploi secrétaire médical ou similaire.

Ecrire : A. Bal, 44. rue Rouelle, Paris 15e).

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.
Imp. Tancrède, Paris - 31.1080 (Autorisation n° 83)


BACTÉRAMIDE
Chimiothérapie sulfamidée des
AFFECTIONS BACTÉRIENNES
STREPTOCOQUES - MENINGOCOQUES
COLIBACILLES - PNEUMOCOQUES
GONOCOQUES
Tubes de 20 comprimés très friables dosés à 0 gr. 50 de p. Aminobenzène sulfamide dans un excipient alcalin.
Laboratoires A. BAILLY (SPEBA)
15, r. de Rome et r. du Rocher, 15 - PARIS-8e
P E S B A
A-BAILLY


Une thérapeutique gastro-intestinale NOUVELLE
ULCÈRES GASTRO DUODÉNAUX - DYSPEPSIES - DIARRHÉES COLITES AIGUES ET CHRONIQUES
2 à 5 cuillerées à café par jour
AUCUNE TOXICITÉ
ÉCHANTILLON sur demande
Anhydride titanique pur (Ti O²)
TITANE COIRRE
COIRRE, Pharmiens, 5, Bd Montparnasse, PARIS - SÉGUR 02-79


DÉSÉQUILIBRE NEURO-VÉGÉTATIF
SÉRENOL
RÉGULATEUR DES TROUBLES D'HYPERTONICITÉ NERVEUSE
ÉTATS ANXIEUX - ÉMOTIVITÉ - INSOMNIES
DYSPEPSIES NERVEUSES
SYNDROME SOLAIRE - PALPITATIONS
3 FORMES LIQUIDE COMPRIMÉS SUPPOSITOIRES
FORMULE
Peptones polyvalentes 0.03
Hexaméthylène-tétramine . 0.05
Phényl-éthyl-malonylurée.. 0.01
Teinture de Belladone 0.02
Teinture de Cratægus 0.10
Extrait fluide d'Anémone.. 0.05
Extrait fluide de Passiflore. 0.10
Extrait fluide de Boldo ... 0.05
pour une cuillerée à café
DOSES moyennes par 24 heures : 1 à 3 cuillerées à café ou 2 à 5 comprimés, ou 1 à 3 suppositoires
LABORATOIRES LOBICA - 25, Rue Jasmin - PARIS (16e)

N° 15. — 1er AOUT 1943 — 116e ANNÉE — Ce numéro : 2 francs.

case 25

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT. — Un an : France et Colonies, 75 fr. Etudiants, 40 fr. ; Etranger : 1re zone, 110 fr., 2e zone, 125 fr. *Chèques postaux : Paris 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

POUR NOS ABONNÉS DE LA ZONE NON OCCUPÉE, adresser renouvellements et toutes communications aux Messageries Hachette, 12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône) *Chèques postaux : Lyon 218* (Service *Gazette des Hôpitaux*)

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris

Quatrième concours de chirurgien des hôpitaux (1 place). — Jury : MM. Desmarest, Basset, Kuss, Jean Berger, Guimbellot, Gouverneur, Fey, Maura, Meillère, Révon, chirurgiens ; M. Heuyer, médecin.

Le concours s'est terminé par la nomination de M. Aboulker.

Médecins de l'Assistance à domicile. — Ont été reçus : MM. Thoizon, 61 p. ; Ancey, 58 p. ; Pinoteau, 55 p. ; Mlle Cahour, 54 p. ; MM. Briand, 50 p. ; Le Sonneur, 44 p.

Concours de l'Ecole d'infirmières. — Le concours annuel d'admission à l'école d'infirmières et des services généraux de l'Assistance publique, aura lieu le lundi 11 octobre, à 13 heures, à l'hospice de la Salpêtrière, 47, boulevard de l'Hôpital. Renseignements : 3, avenue Victoria.

Concours de rédacteur à l'Assistance publique. — Deux concours pour l'admissibilité, l'un à dix emplois de rédacteur (hommes) l'autre à cinq emplois de dames-rédacteurs, à l'administration générale de l'Assistance publique, à Paris, auront lieu le 3 novembre. Renseignements : 3, avenue Victoria.

Hôpitaux de Bordeaux

Le concours de chirurgien des hôpitaux de Bordeaux s'est terminé par la nomination de MM. Robert Barroux et André Goumain.

Facultés de Médecine

Par décret du 15 juillet 1943, sont définitivement exclus de toutes les Facultés et Ecoles d'enseignement supérieur, publiques et libres, les étudiants qui, astreints à l'accomplissement du service obligatoire du travail en vertu des décrets du 24 février 1943 et 31 mai 1943, se sont dérobés à leurs obligations.

Faculté libre de médecine et de pharmacie de Lille. — CONCOURS DE L'AGRÉGATION. — Un concours pour une place d'agrégé d'histologie de la Faculté libre de médecine s'est ouvert le 22 juin dernier sous la présidence du Professeur Collin (de Nancy). Le jury était composé de MM. les Professeurs Lepoutre, doyen, Florentin (de Nancy), Billet et Delattre (Lille).

Le concours s'est terminé par la nomination de M. Cordonnier.

Des concours s'ouvriront en octobre 1943 pour l'agrégation de physiologie.

En juillet et octobre 1944 pour les agrégations de chirurgie, ophtalmologie, bactériologie, médecine légale et médecine sociale.

Pour tous renseignements s'adresser au Secrétariat de la Faculté libre, 1, rue François-Baës, à Lille.

Ecoles de Médecine

Amiens. — M. Caraven, professeur de clinique chirurgicale est nommé pour trois ans, à compter du 1er avril 1943, directeur de l'Ecole, en remplacement de M. Hautefeuille, décédé.

Université de Genève

L'Université de Genève a mis au concours en 1942, pour l'attribution du prix Georges Regard, deux sujets concernant le problème de la réadaptation des tuberculeux guéris et le traitement de la tuberculose. Ce sont les mémoires de deux médecins français qui ont été retenus par l'Université de Genève pour l'attribution de ce prix, celui du Dr Berthet (de Grenoble) sur « la réadaptation professionnelle et sociale du tuberculeux guéri ou en voie de guérison » et celui du Dr Lowys (de Passy) sur « Le traitement chirurgical de la tuberculose infantile ».

Légion d'honneur. — Défense terrestre. — CHEVALIER : M. Chevallier (Pierre), médecin-lieutenant au 8e régiment de chasseurs (Croix de guerre avec palme).

M. Bourg (Maurice, Adolphe), ancien médecin auxiliaire à un groupe de brancardiers divisonnaires.

Médaille d'honneur des épidémies. — Médaille de vermeil (à titre posthume). — MM. les Drs Boudonnet (à Caen), Lefort (à Arbois).

Médaille d'argent. — M. le Dr Fayolle (à Chartres).

Médaille de bronze. — MM. les Drs Noyer (à Cannes), Chabrot (à Alès). MM. Guillermou, interne des Hôpitaux de Caen, Beauchard et Lucas, externes faisant fonctions d'internes au Sanatorium Xavier Arnozau, à Bordeaux.

Education nationale. — La surveillance médicale, sur le terrain, des candidats aux épreuves physiques du brevet élémentaire, du brevet supérieur et des concours des élèves instituteurs est assurée par un ou plusieurs médecins contrôleurs des activités physiques et sportives.

Les médecins assurant cette surveillance recevront une indemnité forfaitaire de cent francs par demi-journée. (*J. O.* 8 juillet 1943.)

ORDRE DES MEDECINS

Conseil National

Installation du Conseil. — Nomination du président. — Le dimanche 18 juillet, le Dr Grasset, Secrétaire d'Etat à la Santé et à la Famille, a procédé à l'installation du nouveau Conseil National de l'Ordre des Médecins.

Le Ministre, dans un discours de haute tenue, rappela les nombreux problèmes qui s'offrent à l'attention du nouveau Conseil : Code de déontologie, conditions matérielles de la profession, retraite du médecin, solidarité corporative, médecins prisonniers, encadrement sanitaire des travailleurs français en Allemagne.

Le Conseil sera aidé dans ses réalisations par toutes les mesures qui ont fait l'objet de l'activité du Secrétariat d'Etat à la Santé depuis mai 1942.

Après avoir adressé au Professeur Leriche, président du Conseil sortant et à ses collègues, l'hommage de sa gratitude, le Ministre appelle à la présidence du nouveau Conseil M. le Professeur Portes.

[Les trois candidats proposés à son choix par le Conseil National étaient le Professeur Portes (Paris), le Professeur Aubertin (Bordeaux), et le Dr Laures (Toulon).]

Conseil du Collège départemental de la Seine

I. — A propos de la médecine d'usine

Le Conseil du Collège départemental de la Seine de l'Ordre des Médecins, après étude de la circulaire du Ministre d'Etat au Travail relative aux statuts et aux fonctions des médecins d'entreprise, rappelle aux Médecins de la Seine :

1° Que tout médecin d'établissement industriel ou commercial doit être inscrit au Tableau de l'Ordre ;

2° Que la médecine du travail est essentiellement une médecine de prévention (visite d'embauche, hygiène, prophylaxie, dépistage de maladie, classement physiologique des salariés) ;

3° Que le médecin d'usine n'a le droit de soigner les accidentés du travail et les malades atteints de maladies professionnelles que lorsque leur état ne nécessite pas une interruption de travail ;

4° Qu'au sujet des maladies générales, le médecin d'usine ne peut que « donner ses soins au personnel pour des affections bénignes et passagères n'entraînant pas l'interruption du service et ne nécessitant pas de soins suivis » (Exceptionnellement une ordonnance pourra être remise et la même feuille d'assurance sociale ne pourra être signée qu'une fois seulement avec la mention : « Consultation gratuite exceptionnelle »).

Le Conseil insiste sur le caractère exceptionnel des soins qui peuvent être ainsi donnés au siège de l'entreprise ;

5° Que si « certains soins peuvent être donnés au service médical de l'entreprise pour toute maladie demandant un traitement suivi sur demande écrite du médecin ayant ordonné ledit traitement » le Conseil considère qu'une pareille autorisation par le médecin traitant ne doit être donnée que très exceptionnellement et seulement lorsque l'intérêt du malade l'exige formellement, afin de ne pas détourner le médecin d'usine de son rôle primordial de dépistage et de prévention ;

6° Enfin, le Conseil départemental avertit les Médecins de la Seine qu'il juge incompatibles les fonctions de médecin d'entreprise et de médecin d'un dispensaire de soins de la même usine. Le principe de ces dispensaires de soins ayant été condamné récemment encore par le Ministère du Travail (dans le premier bulletin de la « Charte du Travail ») et étant opposé aux règles de la Charte Médicale à laquelle le Conseil reste attaché.

II. — Honoraires des vacations auprès des collectivités

Le Conseil du Collège départemental de la Seine de l'Ordre des Médecins a décidé que le taux minimum de la vacation est fixé à 150 francs pour la première heure et 100 francs pour les heures supplémentaires.

III. — Service automobile de nuit

La pénurie d'essence nous oblige à supprimer, à dater du 5 juillet, le taxi de nuit existant à Marmottan.

Nous avons demandé à la Compagnie S. L. O. T. A., qui assure déjà les transports médicaux de jour, d'envisager l'organisation d'un service automobile de nuit, qui, prévu dès son début pour pouvoir donner satisfaction au plus grand nombre de demandes possibles, commencera à fonctionner le 10 juillet avec le minimum de voitures, mais pourra au fur et à mesure des besoins, augmenter son effectif.

A partir du 10 juillet, et pour le moment au seul usage des docteurs et sages-femmes, et en cas d'urgence seulement, les demandes devront être adressées entre 20 h. 30 et 7 h. 30 à la S. L. O. T. A., Suffren 08-73 et 08-74.

Les docteurs qui ne sont pas encore inscrits au service de jour S. L. O. T. A. et, partant, non en possession du chéquier médical donnant le permis d'utilisation des voitures de cette Compagnie, devront d'urgence aller s'inscrire, 8, rue de la Cavalerie (métro : La Motte-Picquet), de 8 heures à 19 heures.

Les sages-femmes devront aller s'inscrire également. Elles remettront au chauffeur, en montant en voiture, une formule sur papier à leur nom, donnant détail du bien-fondé de la demande.

Le tarif de nuit reste pour l'instant le même que celui de jour :

Prise en charge : 60 francs, donnant droit à l'utilisation de la voiture pendant une heure et à 16 kilomètres.

Chaque quart d'heure en plus : 20 francs, donnant droit à une bonification kilométrique de 4 kilomètres.

Les kilomètres sont décomptés à 4 francs le kilomètre.

La durée de location est décomptée de la façon suivante :

Au moment où la voiture sort du garage pour se diriger à l'adresse indiquée, le chauffeur fait pointer sa fiche de commande à l'horodateur et note le chiffre des kilomètres au compteur.

Une fois la course terminée il n'a donc qu'à décompter le temps écoulé entre l'heure marquée sur la fiche et l'heure indiquée à sa montre, ainsi que la différence entre le chiffre des kilomètres marqués au compteur et le chiffre marqué sur la fiche.

Aucune somme ne sera comptée en durée et en kilomètres pour le retour de la voiture au garage, celle-ci devant être rendue disponible obligatoirement dans l'enceinte parisienne.

IV. — Défense du Corps Médical en face de la nouvelle loi fiscale

La dernière loi fiscale du 24 octobre 1942 entre dès maintenant en application pour le recouvrement des impôts sur les bénéfices professionnels de 1942. Les membres du corps médical ont le choix pour l'établissement de ces impôts entre le régime nouveau, basé sur un forfait, et le régime ancien, basé sur le bénéfice réel. Dans les deux cas, le contrôleur reste le maître absolu de l'évaluation du bénéfice net imposable.

Sous le régime de forfait, s'il y a divergence entre le contrôleur et le contribuable, le litige est soumis par l'administration à l'avis d'un représentant de l'Ordre des Médecins, délégué à l'évaluation de forfait ; si un accord n'intervient pas la procédure du forfait est abandonnée et le médecin intéressé est soumis automatiquement au régime du bénéfice réel.

Dans le régime du bénéfice réel, si le contribuable formule une protestation contre l'évaluation du contrôleur, celui-ci communique le dossier à un préconciliateur désigné par l'Ordre qui donne par écrit son avis inséré au dossier.

Si le désaccord persiste, le litige est porté par les soins de l'administration devant la Commission départementale des impôts directs composée de quatre médecins et de quatre fonctionnaires dont le plus élevé préside avec voix prépondérante.

Le Conseil départemental de l'Ordre a procédé à la désignation de quatre commissaires titulaires doublés de quatre suppléants pour la commission départementale. Il a chargé quatorze confrères — cinq cliniciens et 9 spécialistes — de remplir le rôle de préconciliateurs. Quatorze autres confrères ont été, dans les mêmes conditions, délégués à l'évaluation du forfait. Tout est donc mis en place pour assurer, dans le fonctionnement de la nouvelle loi fiscale, la sauvegarde des intérêts du corps médical.

Le Dr Tissier-Guy, membre du Conseil de l'Ordre, a été chargé de la coordination du service fiscal et se tiendra à la disposition des confrères, le vendredi, de 17 heures à 18 heures 30, au siège de l'Ordre, 242, boulevard Saint-Germain.

V. — Relèvement des honoraires médicaux de la loi des pensions pour les soins aux bénéficiaires de l'article 64

Le Conseil est informé que l'arrêté ministériel portant relèvement des tarifs, pour l'article 64, a paru à l'« Officiel » dans le courant du mois de juin. Il aura effet rétroactif du 1er janvier 1943.

Voici, à titre d'indication, quelques-uns des nouveaux tarifs :

Consultation	Fr. 25
Visite à domicile	30
Visite à heure fixe	40
Visite du dimanche	40
Visite de nuit	60
Consultation du spécialiste	50
Visite du spécialiste	60

Réunion d'information du 11 juillet 1943

Les délégués du Conseil départemental ont été convoqués le 11 juillet, au siège du Conseil National, pour prendre contact avec le nouveau Conseil du Collège départemental de la Seine de l'Ordre des Médecins.

La réunion fut présidée par le Dr Tissier-Guy, vice-président, puis par M. le président Balthazard.

La parole fut donnée d'abord au secrétaire général, le Dr Lafay. Après avoir envoyé une pieuse pensée aux confrères morts pour la France, le secrétaire général parle des médecins et étudiants toujours si nombreux dans les camps de prisonniers. Il exprime le regret que la relève soit l'objet de tant de retards. Il affirme avec force la solidarité complète de l'Ordre vis-à-vis des confrères prisonniers.

Avant d'aborder l'étude des sujets à l'étude, M. Lafay rappelle que le président et lui-même sont à la disposition des confrères.

Le Conseil envisage, en outre, la création d'un bulletin départemental permettant un contact plus fréquent entre l'Ordre et les confrères.

Le secrétaire général aborde alors la question des approvisionnements professionnels.

La « Gazette des Hôpitaux » a publié dans son numéro du 10 juillet (pp. 210 et 222) un long communiqué à ce sujet.

La révision des S. P. aura lieu dans un sens que l'on espère plus favorable au corps médical. De plus, le Conseil a obtenu l'assurance que les pneumatiques des voitures de médecins n'ayant pas le S. P. ne seront pas réquisitionnés.

La question de l'autorisation de la transformation des voitures en véhicules électriques, au gaz ou à gazogène est en bonne voie. Dès maintenant, les médecins sont autorisés à faire installer des gazogènes.

Enfin, nouvelle très importante, les laissez-passer en cas d'alerte vont être délivrés à tous les praticiens.

Les différentes questions relatives à la nouvelle législation sur la protection de la maternité et de la première enfance, à la législation du travail, à la nouvelle organisation des hôpitaux sont enfin examinées par le secrétaire général.

Questions fiscales. — M. Tissier-Guy donne lecture de son rapport sur les questions fiscales. On sait avec quel dévouement et quelle autorité il s'est consacré à l'étude de cette question. Son rapport fut écouté avec une grande attention. Les lignes essentielles se trouvent dans le communiqué publié dans ce numéro.

Signalons quelques détails utiles à connaître.

M. Tissier-Guy insiste sur l'importance du « livre-journal » indispensable même avec le forfait. Il est le meilleur moyen de se défendre en cas de contestations ou de dénonciation du forfait par l'administration. Le livre le plus commode est un simple cahier réglé ou quadrillé. Ecrire, sans sauter de ligne, la date, la somme reçue, le mode de paiement.

Chaque recette doit faire l'objet d'une ligne. Ne pas totaliser plusieurs recettes. Ne pas oublier que l'administration peut actuellement faire remonter ses recherches jusqu'à 1936.

Il est donc nécessaire de garder son livre-journal pendant plus de cinq ans.

Le « livre de dépenses » et les « factures » doivent également être conservées.

Après l'excellent rapport de notre collègue Tissier-Guy, la parole fut donnée au Dr Robert pour la lecture d'un rapport sur le « nouveau régime des hôpitaux et des hospices. »



AMAIGRISSEMENT, POINT DE COTÉ ET RESTRICTIONS

par M. Fourestier (Paris)

Les circonstances actuelles voient éclore maladies et syndromes nouveaux qui peuvent dérouter les médecins habitués aux normes traditionnelles de la pathologie. La sous-alimentation de l'immense majorité de la population citadine se traduit actuellement par un amaigrissement important ; or, nous avons été frappés de la fréquence des algies, surtout thoraciques, signalées par des sujets apparemment normaux, mais très amaigris. Dans un dispensaire de prophylaxie tuberculeuse, chaque jour, de tels consultants se présentent, craignant d'être atteints de tuberculose et désireux d'un examen radiologique. Chez ces malades, le rapport fréquemment observé entre les algies et l'amaigrissement uniquement dû aux restrictions ne nous a pas paru une coïncidence fortuite. Nous croyons que ces constatations objectivent quelque chose de nouveau digne d'être analysé et signalé : les douleurs de l'amaigrissement carentiel.

Le syndrome clinique est très simple. Ce sont des sujets d'un certain âge, entre 30 et 50 ans, de préférence des femmes, qui ont maigri de 10, 20 et 30 kg., et qui accusent un point de côté thoracique, diffus, uni ou bilatéral, sans paroxysme douloureux, persistant, calmé par le repos et surtout la position allongée. L'examen « standard » (peut-être trop rapide dans la pratique quotidienne du dispensaire), ne révèle rien hormis un amaigrissement très important imputable uniquement aux restrictions alimentaires. Spontanément ou sur les conseils du médecin traitant, le malade consulte par crainte de tuberculose pulmonaire, mais mais l'examen radiologique révèle presque toujours l'intégrité des champs pulmonaires.

Les algies thoraciques s'observent aussi plus fréquemment à l'heure actuelle chez les tuberculeux pulmonaires chroniques apparemment non évolutifs. A côté de la banale pleurite, il semble qu'on puisse invoquer d'autres pathogénies, les mêmes d'ailleurs que nous allons essayer d'analyser chez le sujet cliniquement et radiologiquement indemne de toute lésion tuberculeuse.

Ces considérations pathogéniques n'ont pas qu'un intérêt spéculatif. On peut, après une analyse précise de tous les éléments d'observation, proposer une thérapeutique efficace, encore que rien ne remplace, évidemment, le remède souverain mais impossible à prescrire actuellement : manger à sa faim.

A). — *Points de côté du non tuberculeux amaigri.*

1. Tous les amaigrissements importants ne s'accompagnent pas d'algies thoraciques, mais toute perte de poids importante par insuffisance d'apport alimentaire provoque de l'asthénie, de la fatigabilité, un certain état de dépression nerveuse que beaucoup de sujets croient extérioriser en signalant une gêne indéfinissable, pseudo-algique, dans l'épaisseur des masses musculaires. En réalité, ces individus ne souffrent pas. On ne constate pas de points douloureux précis retrouvés à des examens successifs. Cette fatigabilité disparaît d'ailleurs quand s'établit, à la fin de la période d'amaigrissement, un certain équilibre entre apports alimentaires et dépenses énergétiques. Les algies thoraciques que nous envisageons sont de vraies douleurs dont la palpation précise le siège exact et qui persistent malgré la stabilisation de la courbe pondérale. C'est à ces malades qu'il faudrait accorder un régime de suralimentation. Certes, tous les Français en auraient besoin actuellement, mais la loi inflexible exige des distinctions. L'attribution de certificats de suralimentation aux sujets très amaigris et souffrant réellement me paraît légitime, car il est évident que l'essentiel du traitement de ces algies serait la reprise d'une alimentation normale.

2. A quoi sont dues ces douleurs consécutives aux amaigrissements très importants constatés actuellement ? L'analyse minutieuse du syndrome autorise certaines déductions pathogéniques dont le seul intérêt est la possibilité de proposer quelques moyens thérapeutiques efficaces.

La disparition du pannicule adipeux et la fonte musculaire que l'on apprécie aisément sur la simple inspection, modifient sans nul doute les rapports anatomiques habituels des corpuscules sensitifs périphériques. La flaccidité musculaire, conséquence de la dénutrition, surtout au niveau des muscles brachio-thoraciques, peut être une cause d'irritation des nerfs périphériques. Enfin, chez certains individus, peut-être morphologiquement prédisposés, le déséquilibre anatomique entre les éléments récepteurs périphériques de la sensibilité et les tissus de soutien conjonctif et musculaire, extériorise plus facilement l'élément douleur. Cette pathogénie est évidemment très difficile à préciser. On peut y croire par exclusion en quelque sorte.

Le seul traitement efficace me paraît être le repos dans le décubitus que l'on peut proposer soit en cure prolongée pendant les vacances, par exemple, soit de façon discontinue, plusieurs quarts d'heure dans la journée, après les repas de préférence. Cette prescription élémentaire se heurte trop souvent à des impossibilités sociales, mais à tout le moins peut-on conseiller en période de restrictions une vie calme où les dépenses énergétiques réduites au minimum favorisent les fonctions d'anabolisme.

3. Certains de ces malades, surtout les femmes, sont atteints de cellulite. Certes, la cellulite est surtout une maladie d' « embonpoint ». On l'observe principalement chez la femme, fréquemment aux approches de la ménopause. Cette affection est beaucoup plus répandue qu'on ne croit et sa symptomatologie fonctionnelle qui se résume dans la douleur égare trop souvent le diagnostic quand une palpation attentive ne révèle pas une infiltration du tissu cellulaire interstitiel, c'est-à-dire des empâtements, des épaississements, des indurations, des nodosités, etc. A l'état normal, avec un régime d'abondance, beaucoup de cellulites ne sont pas diagnostiquées, car peu douloureuses. L'état de dénutrition actuel extériorise des cellulites camouflées ou bien supportées. Cette constatation prouve d'ailleurs que la cellulite n'est pas exclusivement une affection dyscrasique de surcharge, la conséquence d'une alimentation généreuse. Les auto et exo-infections, des troubles endocriniens (ovariens), le terrain neuro-arthritique sont aussi importants, sinon plus, que les auto-intoxications, le sédentarisme, les excès alimentaires. Les douleurs par cellulite sont indiscutablement observées actuellement chez des sujets très amaigris. La palpation des nodules cellulitiques permet le diagnostic.

Le traitement consiste en la correction des déviations endocriniennes, infectieuses, hépatiques, colitiques, et les massages locaux. La kinésithérapie doit être douce, progressive, augmentant d'intensité à mesure que l'amélioration se produit et que les crises s'espacent.

4. Les maladies de carence les plus fréquemment signalées sont les œdèmes et les ostéopathies. Ces dernières peuvent se traduire par la plus banale décalcification ou réaliser au maximum de véritables fractures spontanées (syndrome de Milkman : douleurs, impotence, fissures osseuses surtout au niveau du col de l'omoplate et des branches ischio-pubiennes).

Certaines algies des sujets amaigris relèvent de cette pathogénie. Les douleurs sont diffuses, bilatérales, en ceinture, non améliorées par le repos, réveillées par la palpation osseuse (au niveau des arcs costaux, sur les apophyses épineuses). Une radiographie fortuite révèle une trame osseuse décalcifiée. L'efficience thérapeutique des stérols irradiés est un véritable test diagnostique. En effet, les douleurs de ces malades sont très améliorées par les préparations calciques et la vitamine D à fortes doses, massives et répétées. On peut donc parler de douleurs osseuses de carence devant ces algies rebelles à toute autre thérapeutique.

5. Un autre mécanisme pathogénique probable est l'hypotension qui s'observe si fréquemment dans ces amaigrissement importants. Je n'envisage pas seulement l'hypotension cardio-vasculaire pourtant indiscutable, mais l'hypovascularisation probable au niveau même des récepteurs sensibles avec ses conséquences d'hyposphyxie, d'hypotrophicité et surtout de déséquilibre vasculo-sympathique. Certes, ce n'est là qu'hypothèse, mais ne peut-on rapprocher ces douleurs des sujets amaigris hypotendus de celles observées dans les syndromes addisonniens ? On pourrait donc envisager une véritable hypoépinephrie de carence, à manifestations douloureuses dans certaines macilences actuelles. Quoiqu'il en soit, un traitement hormonal est indiqué et je lui dois quelques succès. J'utilise l'acétate de désoxy-corticostérone, 10 mgr. tous les deux jours, en une série de 10 à 12 injections. D'après nos recherches, non publiées encore, il semble qu'on peut d'autant mieux augurer de ce traitement que le dosage préalable du cholestérol sanguin donne un chiffre bas, au-dessous de 1 gr. 50.

6. La pleurite revendique aussi un fort pourcentage de ces algies macilentielles. C'est elle d'ailleurs que le plus souvent les malades rendent responsable de leurs douleurs. La fonte tissulaire (dans les tissus de revêtement comme au niveau des viscères le plus profonds) peut extérioriser une pleurite latente sans expression clinique au cours d'un équilibre physiologique normal. Quand on connaît la fréquence des adhérences pleurales au cours des autopsies d'individus âgés, apparemment indemnes toute leur vie de tuberculose pleuro-pulmonaire, on ne peut qu'être surpris par la latence clinique de ces lésions symphysaires pleurales presque toujours apicales ou postéro-thoraciques.

Certes, la sous-alimentation actuelle fait le lit de la tuberculose et on ne saurait avoir trop de craintes devant tout symptôme fonctionnel alarmant, surtout un point de côté persistant, chez un individu très amaigri. Mais chez les malades étudiés ici, plusieurs mois d'observation n'ont pas permis de mettre en évidence un signe certain d'évolution tuberculeuse.

Tout se passe comme si les lésions pleurales anciennes ne sont plus qu'une cicatrice fibreuse dont la reviviscence douloureuse est la conséquence d'un amaigrissement extrême. Le mécanisme physio-pathologique de ces algies serait exclusivement mécanique : tiraillement nerveux, modifications vasculaires, et le remaniement local uniquement fibreux.

Ce diagnostic de pleurite résiduelle est assez délicat. Cliniquement, la douleur diffuse, unilatérale, augmentant à l'inspiration, quelques quintes de toux, une susceptibilité bronchique, des antécédents pleurétiques plus ou moins bien précisés par le malade, sont quelques nuances très difficiles à interpréter. Trop rarement un syndrome oculo-pupillaire (syndrome de Sergent) objective une pleurite apicale ancienne. L'examen radiologique est d'un secours plus certain : diminution du jeu diaphragmatique d'un côté, fines dentelures diaphragmatiques, sinus costo-diaphragmatique émoussé, défaut d'ampliation costale d'un côté, accentuation de la trame sous-claviculaire, grosses calcifications hilaires, etc.

La thérapeutique la plus efficace est la révulsion, ventouses, sinapismes, pointes de feu, etc., et aussi les injections loco-dolenti de novocaïne. Cette action de la novocaïne jointe aux constatations de l'évolution (non tuberculeuse) précise bien le caractère surtout réflexe de ces algies d'origine pleurale. La cicatrice pleurale fibreuse représente un véritable corps étranger intra-pariétal, subissant probablement des modifications sympatho-vasculaires et ne devenant douloureux qu'à l'occasion de l'extrême diminution du tissu de soutien environnant.

B. — *Points de côté du tuberculeux amaigri.*

Les tuberculeux pulmonaires chroniques souffrent davantage de « leur côté » depuis les restrictions, c'est-à-dire depuis qu'ils maigrissent. Il est évident que l'amaigrissement est un des symptômes majeurs de l'aggravation du processus tuberculeux, et, chez les pulmonaires, l'apparition ou la majoration du point de côté, en indiquant l'extension pleuro-pariétale de la maladie, ne représente le plus souvent qu'un élément très banal du problème diagnostique ou pronostique.

Néanmoins, chez certains malades, le potentiel évolutif des lésions ne paraît pas s'accroître. Les images radiologiques restent inchangées, les signes d'auscultation identiques et les divers examens humoraux (1) pratiqués chez eux ne décèlent aucune aggravation. Il est probable que chez ces tuberculeux chroniques non évolutifs, qui souffrent et maigrissent, la pleurite revendique le plus fort pourcentage d'algies thoraciques ; et il est toujours très difficile de s'assurer de l'absence de toute évolution. Néanmoins, chez des tuberculeux fibreux, non évolutifs, la douleur thoracique peut relever d'autres causes, les mêmes que celles précédemment signalées dans les amaigrissements certainement non tuberculeux. La suralimentation, ici comme là, est évidemment indispensable, et tous les autres traitements ne peuvent être que des thérapeutiques d'appoint ou de complément. D'ailleurs, quelle que soit la réalité des divers mécanismes pathogéniques proposés, on peut, sans crainte, essayer ces divers moyens thérapeutiques qui sont d'utilisation courante en phtisiologie : calcium, vitamine D_2, acétate de désoxycorticostérone, repos, révulsifs, novocaïne locale. Quoi qu'il en soit, la plurivalence de ces médicaments ne doit pas dispenser d'une discrimination d'emploi rationnelle.

CONCLUSIONS

1. Les amaigrissements importants, d'observation courante actuellement, s'accompagnent fréquemment de douleurs souvent localisées au thorax, véritables algies carentielles ou de famine, car elles sont la conséquence directe du régime de sous-alimentation que nous subissons. Ces « douleurs d'amaigrissement » doivent être distinguées des sensations de fatigue, de lassitude, de courbature qui sont la rançon de toute perte de poids importante. Ces fausses sensations douloureuses cessent au moment de la stabilisation pondérale. Les algies que nous étudions ici persistent malgré l'arrêt de la chute du poids.

2. Chez l'individu non tuberculeux, hormis l'étiologie classique des points de côté, étiologie plus ou moins aisément reconnue cliniquement, il nous a semblé qu'on devait trouver l'explication de ces algies de restrictions dans :

La disparition des tissus de soutien conjonctif et musculaire, d'où déséquilibre des appareils nerveux de perception et de conduction des sensibilités ;

L'existence d'une cellulite camouflée antérieurement ou ignorée du malade ;

Les perturbations du métabolisme calcique au niveau du tissu osseux ;

Les conséquences de l'hypotension cardio-vasculaire elle-même sous la dépendance d'une hypoépinephrie de carence ;

Des lésions de pleurite résiduelle, non évolutive.

3. La seule thérapeutique rationnelle serait une alimentation substantielle, permettant la récupération du poids normal. On peut soulager ces malades en tenant compte de certains mécanismes physio-pathologiques dont le seul intérêt est de contenir l'essence de quelques thérapeutiques efficaces. Il faut savoir prescrire des cures de repos en position allongée (action sédative sur l'hyperexcitabilité nerveuse), des massages (cellulite), le calcium et la vitamine D_2, à doses massives (ostéoses de carence ?), des révulsifs et des injections locales de novocaïne (pleurite), l'acétate de désoxycorticostérone (hypotension, hypoépinephrie ?)

4. Les douleurs de côté des tuberculeux pulmonaires qui maigrissent sont le plus souvent l'indice d'une aggravation des lésions. Mais les douleurs de certains fibreux non évolutifs relèvent des mêmes mécanismes pathogéniques ; le traitement en est donc identique. La pleurite paraît néanmoins la cause majeure de ces algies, et il peut être très difficile, même avec le secours des examens de laboratoire, de préciser la qualité évolutive du processus tuberculeux pleuro-pulmonaire.

---

(1) Convaincu depuis longtemps de la nécessité d'examens humoraux pour une appréciation plus juste du potentiel évolutif des lésions tuberculeuses, nous avons orienté nos recherches dans ce sens en milieu hospitalier et dans la clientèle du dispensaire. La clinique et la radiologie sont en quelque sorte étayées par ces examens et, l'habitude aidant, il devient impossible de n'en plus faire état pour donner une réponse satisfaisante aux problèmes pronostique et thérapeutique posés par le dépistage de tuberculeux plus ou moins aisément reconnus. On trouvera sur ce sujet quelques indications dans les travaux que voici : M. Fourestier. « Valeur pratique de la séro-floculation à la résorcine dans le diagnostic de la primo-infection tuberculeuse de l'enfant ». *Revue Médicale Française*, n° 8, août 1942. — M. Fourestier et A. Ancelin. « Intérêt de la confrontation des examens humoraux dans la tuberculose pulmonaire (cholestérolémie, haptoglobine, formule hémo-leucocytaire, Vernes-résorcine, sédimentation, granulations toxiques des polynucléaires) ». *Presse Médicale*, à paraître. — M. Fourestier. « La séro-floculation à la résorcine utilisée systématiquement dans un dispensaire de prophylaxie tuberculeuse. (O. P. H. S.). Etude critique des chiffres bas, de 14 à 30 », *Revue Médicale Française*, n° 9, juin 1943.

MÉNINGITE A PNEUMOCOQUES, VENTRICULITE PURULENTE

Discussion de l'échec de la Sulfamidothérapie

par MM. Jean Cottet, J. Boulenger et J. Courjaret

Echouer dans le traitement d'une méningite à pneumocoques ne paraît pas au premier abord un fait très particulier. Bien que des observations de guérison aient été rapportées assez nombreuses grâce à la sulfamidothérapie (1) la mortalité reste cependant particulièrement élevée.

Cette différence de sensibilité par rapport à la méningite à méningocoques, devant une chimiothérapie théoriquement très active sur les deux germes, tient à des causes encore mal élucidées. Remarquons aussi que les autres localisations pneumococciques réagissent parfaitement à la sulfamidothérapie.

M. May (2) a déjà abordé ce problème en 1940 : une observation récente nous a permis quelques constatations intéressantes, susceptibles d'expliquer certaines causes de l'échec thérapeutique.

Observation. — M. J..., 58 ans, métallurgiste, est admis le 14 février 1943, en état de subcoma, pour un syndrome méningé typique, qui a mis une semaine environ à se constituer. Il s'agit d'une méningite suppurée à pneumocoques ; aucune suppuration oto-rhino-pharyngée ne peut être incriminée.

La sulfamidothérapie pratiquée dès l'entrée, et très intense (150 gr. en onze jours), est administrée par toutes les voies. Cette thérapeutique provoque au bout de trois jours d'état très alarmant (coma presque complet, respiration de Cheyne-Stokes) une détente très nette qui aboutit au onzième jour de l'hospitalisation à une amélioration marquée avec apyrexie et éclaircissement du L. C. R.

Cet état est d'ailleurs transitoire et, deux jours plus tard, la fièvre reprend, le L. C. R. se trouble à nouveau et donne des cultures positives. Malgré un traitement énergique et varié associant au sulfamide l'iode et le sérum antipneumococcique, la mort survient le 13 mars, soit un mois après l'entrée, cinq semaines après le début apparent.

Deux faits sont importants à signaler durant cette évolution :

1° La constatation au cours de la deuxième phase d'une stase papillaire alors que l'examen du fond d'œil avait été normal auparavant. Ce signe joint à la somnolence fait discuter la possibilité d'un foyer suppuré intracranien ;

2° La persistance, malgré des doses élevées, d'une teneur très faible en sulfamides (dans le sang, le taux ne dépasse pas 3 milligr. 6 % et 4 milligr. 6 % dans le L. C. R.).

A l'autopsie, lésions discrètes de méningite basilaire, deux plaques suppurées à la face postérieure du cervelet et surtout énorme ventriculo-épendymite suppurée intéressant les ventricules latéraux, le 3e et le 4e ventricules. De plus, le pédoncule cérébelleux droit est dilaté et dilacéré par le pus ; abcès de l'olive cérébelleuse droite.

Au total, chez ce malade de 58 ans qui a présenté une méningite à pneumocoques grave d'emblée mais évoluant cependant en deux temps, deux notions sont importantes : l'existence d'une ventriculo-épendymite purulente intense alors que le L. C. R. avait présenté une formule de guérison ; le taux toujours très bas des sulfamides dans les humeurs malgré une administration intense par toutes les voies (3).

Ces deux points méritent quelques considérations.

Rien n'était plus connu que la possibilité d'une ventriculite suppurée par cloisonnement lors du traitement des méningites à méningocoques par le sérum. A priori, une telle complication devrait être exceptionnelle avec les sulfamides, dont la diffusion permet une efficacité qui n'est pas limitée à l'action *in situ* du sérum.

Or, l'état anatomique des méningites suppurées ayant évolué vers la mort n'est guère précisé dans les observations d'échec relevées depuis l'avènement de la sulfamidothérapie, que le germe en cause soit le méningocoque ou le pneumocoque.

Il y a donc là, dans la méningite à pneumocoques, une cause locale, mécanique pourrait-on dire, dont la possibilité doit être retenue, afin d'agir, le cas échéant, par trépano-ponction ventriculaire.

Evidemment, une telle chose aurait peu d'intérêt en présence d'un processus suraigu évoluant en quelques jours. Mais, bien au contraire, notre cas s'est prolongé pendant le mois, durant lequel nous aurions pu essayer d'agir davantage, si nous avions été orientés vers la réalité possible de cette complication.

De plus, cette évolution en deux temps de la méningite à pneumocoques traitée par les sulfamides n'est pas exceptionnelle. On la retrouve dans l'observation de May ; les auteurs l'attribuent à l'action bactériostatique temporaire des sulfamides. Il est possible que ce soit là un des

---

(1) M. Loeper et P. Chassagne. Soc. *Méd. des Hôp. de Paris*, 1942.

(2) E. May, E. Prunet, P. Delauney et R. Genevrier. Méningite à pneumocoques avec évolution mortelle retardée après traitement sulfamidé. *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp.*, Paris, 5 avril 1940, pp. 159-163.

(3) Noter que les sulfamides administrés ont été associés de façon complexe (administration simultanée de sulfapyridine, sulfathiazol et paraminosulfamide) pour utiliser les diverses voies d'introduction nécessaires à l'état du malade. Les dosages correspondent à *des taux calculés en sulfapyridine*.

mécanismes ; mais la persistance d'un foyer purulent ventriculaire peut très bien aussi, comme dans notre cas, en être responsable.

Le deuxième point consiste à expliquer l'insuffisance des sulfamides qui ont agi, partiellement il est vrai, sur la suppuration sous-arachnoïdienne, tout en permettant l'évolution ou l'apparition d'une grosse suppuration ventriculaire.

Dans ce cas particulier, l'étude du passage des sulfamides explique l'échec observé. En effet, malgré de grosses doses de sulfamides, nous n'avons pu obtenir ni sulfamidémie, ni sulfamidorachie efficaces : dans le liquide céphalo-rachidien, 2 milligr. 4, 4 milligr. 6, traces et 0 milligr. 5 % ; de même, dans le sang, nous trouvons des taux oscillant entre des traces et 3 milligr. 8 avec une acétylation assez marquée. Enfin, à l'autopsie, nous constatons également des taux bas : rein (corticalité), 12 milligr. % et (médullaire) 6 milligr. 01 %, ventricule 1 milligr. 8 %, oreillette 0 milligr. 8 % et cervelet 0 milligr. 9 %. Tous les échecs des méningites à pneumocoques ne sont pas dus cependant à une sulfamidémie insuffisante. Dans une observation de Mme Bertrand-Fontaine et Schneider (1), il y avait eu jusqu'à 9 et 16 milligr. % dans le L. C. R. Pourquoi est-il impossible de réaliser chez certains malades une concentration sulfamidée suffisante ? une grande partie des organo-soufrés est-elle transformée en une substance inactive, différente des dérivés conjugués et qui échappe à la méthode de dosage de Marshall (Paget) ? On sait que dans l'étude des bilans sulfamidés, il y a toujours une quantité plus ou moins grande de sulfamide qui n'est pas retrouvée, sans que cette perte ait pu être expliquée. Chez certains malades, comme chez le nôtre, cette perte doit être très importante.

Enfin, on ne peut manquer de remarquer l'analogie relative entre de tels faits et la pleurésie purulente pneumococcique.

Dans cette affection, il semble bien que la sulfamidothérapie reste sans effet net sur la suppuration. Elle n'est cependant pas superflue, car de l'avis général, elle assure une meilleure préparation du malade à l'acte chirurgical.

Il faut donc retenir que, pour une raison encore mal expliquée, la sulfamidothérapie n'agit pas sur certaines méningites à pneumocoques et permet le développement d'une localisation suppurée intracérébrale justiciable éventuellement d'une thérapeutique chirurgicale et de l'apport de doses assez élevées de sulfamides *in situ*.

(Travail de la Clinique Thérapeutique Médicale de l'Hôpital Saint-Antoine, Prof. Lœper.)

(1) Mme Bertrand-Fontaine et J. Schneider. Méningite à pneumocoques traitée par le 693. Mort après sept semaines d'évolution. *B. M. Soc. Méd. Hôp.*, Paris, 9 juin 1939, pp. 932-942 (bibliographie).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

24 juin. — M. Barrant. Sur le syndrome du corps de Luys : l'homiballisme. — M. Perrin. Contribution à l'étude du syndrome de Milh. — M. Nick. Les atrophies myopathiques liées à l'insuffisance thyroïdienne acquise de l'adulte. — Mlle Devaux. L'auto-hémothérapie. — M. Giraud. Torsion isolée des trompes utérines saines.

25 juin. — M. Selou. Contribution à l'étude du traitement radiothérapique dans l'asthme. — Mlle Marchand. Le métamorphisme amyloïde. — Mlle Chapelan. Contribution à l'étude du mégaœsophage idiopathique. — M. Wolfromm. Néphrose lipoïdique pure et néphrose lipoïdique associée d'emblée à une néphrite. — Mlle Moore. Hernies épigastriques. Etude anatomique et clinique. — M. Hollier-Larousse. Introduction à l'étude des intoxications par les gaz des gazogènes servant à l'alimentation des moteurs. — M. Jacques Lœper. Les sécrétions internes du cancer du sein.

28 juin. — M. Lefebvre. De quelques cas de variole observés à l'hôpital Cl.-Bernard. — M. Schnittler. Des complications rénales consécutives au traitement par les sulfamides. — M. Bidaut. De la thérapeutique des polyarthrites chroniques évolutives par le traitement phosphovitamino-calcique. — M. Podiet. Notes et observations sur l'orographie intraveineuse dans la tuberculose rénale. — M. Vizquel. Rôle localisateur du traumatisme dans la tuberculose ostéo-articulaire. — Mlle Masama. L'asthme infantile. — Mme Evrard. Contribution apportée par la radiologie au diagnostic et au pronostic de l'otomastoïdite de la première enfance. — M. Manny. De l'épithélioma du corps utérin chez une femme jeune. — M. Ménard. L'anesthésie loco-régionale dans la césarienne basse. — Mlle Vassy. La mortalité et la morbidité chez les accouchées de la Maternité de l'hôpital Bretonneau. — M. Cougul. Léonard de Vinci anatomiste. — M. Conte. Le traitement neuro-chrirurgical du mégadolichocolon d'après vingt observations. — M. Riquet. Les néolithiques d'Aulnay-aux-Planches. — M. Sauvebelle-Bouchet. Les rapports de la grossesse et des tumeurs cérébrales. — M. Bloom. Sur la voie d'abord vagino-périnéale dans le traitement des fistules vesigo-vaginales. — M. Moreau. A propos d'un cas de polynévrite gravidique avec diplégie faciale. — Mlle Cavé. L'œuvre paradoxale de Freud. — M. Jacob. Contribution à l'étude des sérums cancéreux. — Mlle Marret. Le problème de l'œsinophilie familiale. — M. Morel. Traitement des troubles trophiques des membres inférieurs par les injections de novocaïne dans l'artère fémorale. — M. Faurie. A propos d'un cas de carotinémie. — M. Noel. De la mortinatalité et de la mortalité infantile des dix premiers jours. — Mlle Pognan. Les cirrhoses hépatiques familiales.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

Séance du 12 juillet 1943

Morphologie expérimentale de l'embryon. — M. Caullery présente une note de MM. Albert Raynaud et Marcel Frilley dans laquelle les auteurs exposent leurs recherches expérimentales sur une méthode nouvelle pour étudier l'embryon des mammifères.

Action comparée sur la chronaxie du muscle strié du para-aminobenzoyl-diéthylaminoéthanol et de quelques-uns de ses dérivés. — MM. René Hazard et André Sévin. — Note présentée par M. Tiffeneau. — Le passage de l'amine tertiaire à l'ammonium quaternaire par iodométhylation renforce considérablement la faible aotion curarisante du P. A. D. et la rend beaucoup plus précoce. L'acétylation de la fonction amine primaire diminue au contraire l'activité de la molécule. L'iodométhylation et l'acétylation simultanées donnent un composé d'activité intermédiaire entre celles de l'iodométhylate et du dérivé acétylé.

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 13 juillet 1943

Le centenaire de Grancher. — M. Fernand Bezançon consacre à l'œuvre de *Grancher phtisiologue* une importante étude qui fait suite à l'exposé des travaux de *Grancher pédiatre*, fait la semaine dernière par M. Jules Renault.

La part respective du périmètre thoracique et de la taille dans les variations de leur rapport pendant l'enfance et la jeunesse. — M. Pierre Nobécourt. — « Le rapport $\frac{Pt}{T}$ est fort chez le nouveau-né et à 1 an (0,62-0,63). Il diminue graduellement jusqu'à 13 ans, où il est le même (0,45) dans les deux sexes. Il augmente ensuite et atteint son maximum chez la fille (0,51) à 15 ans ; chez le garçon (0,50) à 18 ans. Il est, d'une façon générale, un peu plus fort chez la fille ; l'excès maximum (0,05) est à 3 et à 15 ans.

J'ai calculé l'*accroissement du Pt correspondant à une croissance staturale* de 100 cm. L'étude des valeurs obtenues conduit aux conclusions suivantes :

1° Jusqu'à 16 ans, chez le garçon, 12 ans chez la fille, $\frac{Pt}{T}$ et ses variations sont surtout sous la dépendance des modalités de la croissance staturale ; à partir de ces âges surtout sous celle des modalités de l'accroissement du Pt ; d'abord accroissement relativement fort de la T et faible du Pt ; ensuite modalité inverse.

2° Les majorations de l'accroissement de la T et du Pt alternent ; les alternances sont plus précoces chez la fille.

3° $\frac{Pt}{T}$ est le même dans les deux sexes chez le nouveau-né et à 1 an, à 13 ans, de 18 à 20 ans. »

Sur un cas de polyglobulie. — MM. Lœper et Boulanger présentent quelques observations sur un cas de *polyglobulie*. Ils insistent sur le rôle de la viscosité dans la production des thromboses artérielles et sur ses variations sous l'influence de la radiothérapie ; sur la richesse en histamine du sang de ces malades et les relations de l'histaminémie avec la dilatation des vaisseaux et des capillaires ; sur l'apparition enfin, dans le sang, de quantités notables d'oxyde de carbone auquel ils attribuent une part au moins des phénomènes observés.

Vitamines et action anagocytique des eaux minérales. — MM. M. Chiray, L. Justin-Besançon et Dubost apportent les résultats de leurs recherches d'hydrologie expérimentale sur l'action anagocytique de certaines eaux sulfureuses. Leurs expériences ont été poursuivies à l'aide d'une mucorinée (Phycomyces Blackesleeanus) pour laquelle la vitamine B^1 joue le rôle de facteur indispensable de croissance. Ils montrent que la vitamine B^1 est capable de supprimer les effets anagocytiques de l'eau sulfureuse. Il existe un antagonisme entre la vitamine qui favorise la croissance et l'eau minérale qui l'entrave.

Le pouvoir immunisant du Bactérium Coli irradié par le rayonnement total du Radon. — MM. Levaditi, Bonnet-Maury et Noury.

Sur le diagnostic de la distomatose à faciola hepatica par les réactions d'allergie cutanée. — M. L. Morenas. — Présentation par M. Fiessinger.

Séance du 20 juillet 1943

Rapports. — 1° au nom de la Commission des Eaux minérales, sur une demande en autorisation ; 2° au sujet d'un projet de décret sur la prescription et la délivrance des médicaments du Tableau B. — M. Fabre.

Rapport au nom de la Commission des Sérums, sur une demande en autorisation. — M. Brocq-Rousseu.

L'organisation sanitaire contre les bombardements aériens. — M. Tanon présente une note de M. Simeon qui, s'inspirant de l'expérience des bombardements de Lorient, étudie les problèmes qu'ont à résoudre les sauveteurs, en particulier ceux du service sanitaire au milieu des difficultés accumulées.

Le personnel médical, constitué par les médecins de la ville, aidés par les infirmiers, infirmières et brancardiers, auront des cas d'urgence à traiter et ne devront pas perdre de vue que du facteur temps, dépend souvent la vie d'un blessé grave. Deux équipes, l'une de pansement, l'autre de secours doivent être à leur disposition. Ils doivent connaître les effets des gaz.

Il donne un plan d'un poste de secours, avec la disposition des lits, superposés pour utiliser au maximum la place, et indique le matériel qui doit y être maintenu et entreposé.

Le haricot éclaté. — M. Lesné présente une note de M. R. Jacquot et de Mlle Madeleine Rousier, relative à un nouveau mode de présentation des légumineuses. Il s'agit du haricot éclaté à l'autoclave, puis séché. L'expérimentation sur le rat blanc a montré aux auteurs que les légumineuses éclatées ont une valeur alimentaire remarquable et sont d'une digestibilité très grande.

Appoint alimentaire aux enfants en état de dénutrition. — M. Chouard a constaté que des enfants ne recevant chez eux que les insuffisantes rations réglementaires, mais recevant à la cantine scolaire un supplément de calories, même léger, reprennent du poids d'une façon notable. Cette constatation ne vaut que pour les enfants bien portants et non pour ceux, trop nombreux, dont l'unique nourriture est celle de la cantine.

Recherches sur les protéides sanguins à l'état normal et à l'état pathologique. — M. H. Bierry étudie, dans le sérum et dans le plasma, deux englobulines renfermant un complexe glucidique :

L'englobuline I, qui contient un important groupe hydrocarboné ;

L'englobuline II ou *englobuline gélifiable*, dont la teneur en sucre protéidique est moins élevée.

Ces deux protéides sont des activateurs de la coagulation sanguine et subissent de grosses variations au cours des états pathologiques. (Note présentée par M. Binet.)

L'utilisation parentérale des eaux sulfurées sodiques d'Ax-les-Thermes. — M. F. Caujolle. — Après isotonisation au chlorure de sodium ou au glucose, les eaux sulfurées sodiques d'Ax-les-Thermes sont utilisables en injections sous-cutanées ou intraveineuses à doses comprises entre 10 et 50 cm³ par injection. L'originalité de la méthode consiste à réaliser l'isotonisation aseptiquement et à permettre d'injecter de l'eau au griffon de la source.

L'injection renforce les effets thérapeutiques des eaux sulfurées sodiques dans tous les traitements justiciables de leur emploi, en particulier dans le rhumatisme chronique et la sciatique rhumatismale.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 30 juin 1943

De la gastrectomie totale. — M. Jean Duval (M. d'Allaines, lecteur). — L'auteur a fait trois gastrectomies totales en complétant l'opération par une jéjuno-jéjunostomie. M. d'Allaines a exécuté neuf fois cette opération avec six guérisons opératoires. Deux malades revus à distance ne présentent pas de troubles notables au point de vue digestif.

Syndrome de subocclusion puis péritonite par perforation au cours d'un purpura rhumatoïde. Opération, guérison. — MM. Lepoutre, Langeron, Delattre et Desorgher.

Œdème aigu du pancréas. — M. Lafitte a observé ce cas chez un enfant de 8 ans.

Signification de la maladie post-opératoire. — MM. J. Gosset et J. Delay montrent que la maladie post-opératoire est sous la dépendance des réactions du système neuro-endocrinien et végétatif. Les auteurs montrent que les réactions organiques après électro-choc sont identiques à celles de la maladie post-opératoire et, par conséquent, on pourrait attribuer celle-ci à une atteinte de la région diencéphalique et hypophysaire.

M. Leriche croit qu'on ne peut considérer la maladie post-opératoire comme une réaction de défense.

Séance du 7 juillet 1943

Tétanos post-abortum. — Guérison. — M. Bellanger. — M. Rudler rapporte cette observation où l'on associa hystérectomie et sérum à hautes doses. Il insiste sur le fait qu'après le troisième jour l'intervention est mal supportée par la malade dans les formes aiguës typiques du tétanos.

MM. Ameline et J. Bernard ont, dans un cas, utilisé l'infiltration du ganglion cervical supérieur du sympathique, puis les injections intraveineuses de novocaïne pour lutter contre les troubles respiratoires. Guérison.

A propos d'un nouveau cas de tétanos post-abortum. — Hystérectomie. — Guérison. — MM. Chigot et Carillon. — M. Moulonguet rapporteur.

Trois cas de tétanos post-abortum. — MM. Petit-Dutaillis et Guénin ont eu une guérison sur trois cas traités par hystérectomie.

MM. Mondor, Léger et Ollivier apportent également trois observations avec trois morts, mais se montrent favorables à l'hystérectomie.

M. Quénu met en doute l'intérêt de l'intervention.

M. Lenormant est frappé de l'augmentation de fréquence du tétanos post-abortum.

M. Petit-Dutaillis en retient la nécessité de faire à toutes les fausses-couches provoquées une injection de sérum antitétanique.

L'opération conservatrice dans les grands kystes de la rate : résection en collerette et splénorraphie. — M. Caraveu.

Un nouveau procédé de butée dans le traitement chirurgical de la luxation des mâchoires. — MM. G. Leclerc et Girard. — M. Blondin, rapporteur.

M. Dufourmentel préfère avoir recours à la résection du col du condyle.

Sarcome du maxillaire neuf ans après injections intraveineuses de mesothorium. — MM. Roux-Berger, Gricouroff, Dechaume et Baglesse.

Vacances. — L'Académie reprendra ses séances au mois d'octobre prochain.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 18 juin 1943

Syndrome de compression de la queue de cheval par hernie médiane ou juxta-médiane du disque inter-vertébral. — MM. Petit-Dutaillis, de Sèze et Ribadeau-Dumas présentent cinq observations de ce syndrome, se traduisant par des douleurs sciatiques bilatérales, de l'anesthésie en selle, des troubles sphinctériens, et deux fois par une paraplégie. Les antécédents traumatiques plaidant pour l'origine discale de la compression. Les lésions associées indiquent la sévérité relative du pronostic.

Résultats du traitement chirurgical de 35 cas de sciatiques rebelles opérées. — MM. de Sèze et Caux estiment que la méthode qui consiste à traiter les sciatiques rebelles par une simple laminectomie, le plus souvent trop étroite pour décomprimer les racines de façon efficace, n'est pas sûre. Ils pensent que le traitement chirurgical doit être réservé aux sciatiques rebelles, après échec des traitements non sanglants essayés pendant un temps suffisant.

Mégaœsophage, mégabulbe, mégacôlon chez une toxicomane. Désintoxication. Guérison. — MM. Hillemand, Durand, Duval et Viguié. — Cas d'une malade, toxicomane, chez qui apparurent, à la reprise des toxiques, des signes digestifs graves. La radiographie démontra un mégaœsophage, un mégacôlon. Ces signes s'améliorent sous l'influence de la désintoxication. Les auteurs admettent que le toxique agit comme inhibiteur du parasympathique. Ces cas permettraient d'envisager l'existence de mégaœsophages fonctionnels.

A propos de la pathogénie du mégaœsophage. — MM. Hillemand et Viguié. — Le mégaœsophage ne serait qu'un chapitre des méga-organes digestifs et engloberait des faits divers. Certains seraient secondaires à une lésion organique, cancer ou sténose fibreuse, d'autres sont congénitaux ; d'autres sont d'origine toxique, d'autres constituent le groupe le plus considérable relevant d'une pathogénie complexe ou s'associent des facteurs secondaires, congénitaux ou fonctionnels.

A propos du traitement du mégaœsophage chez 10 malades. — MM. Hillemand, Chérigié, Servelle et Viguié : les infiltrations splanchniques constituent un excellent temps pré-opératoire. La splanchnicectomie n'a pas répondu aux espoirs qu'elle donnait. Les auteurs ont fait opérer 3 malades, et ont obtenu une guérison variant de quelques jours à 2 mois, et ont constaté une récidive dans les 3 cas, qui a forcé à pratiquer une opération de Heller.

Tuberculose pulmonaire à évolution rapide chez un carencé. — M. P. Ameuille et Mlle O. Schweisguth. — Observation d'un homme de 46 ans, entré à l'hôpital pour œdème de carence. Sur le premier cliché de poitrine on ne voit, en dehors de petits épanchements pleuraux bilatéraux, que des images pulmonaires normales. Dix jours après, on trouve plusieurs foyers ulcéro-nodulaires de tuberculose pulmonaire : sur des clichés hebdomadaires, on voit apparaître de nouveaux foyers successifs et s'étendre les anciens, jusqu'à envahissement total et mort six semaines après apparition des premières lésions.

Un tel cas montre que les lésions initiales de la tuberculose de l'adulte peuvent être multiples et bilatérales d'emblée.

Eclatement d'une caverne soufflée sous pneumothorax chez une femme enceinte. Disparition de l'image cavitaire. Evolution très favorable : contrôle pleuroscopique. — MM. P. Bourgeois et Tournier.

Syndrome de Cushing. — MM. Robert Clement et Mlle Delon. — Garçon de 21 ans présentant tous les signes décrits par Cushing sous le nom de « Basophilie hypophysaire » à savoir : obésité tronculaire avec membres grêles, figure poupine aux joues cramoisies, hypertrichose, hypertension, polyglobulie, insuffisance de développement des organes génitaux, arrêt total de la croissance depuis l'âge de 10 ans, diminution de la taille, cyphose dosale. L'aspect de la papille, la ballonnisation de de la selle turcique, le nanisme font admettre une lésion de la région hypophyso-tubérienne.

Un cas de double neurinome intra-thoracique. — MM. Massot, Barre et Maruelle (Rennes). — Observation d'un cas de double neurinome intra-thoracique développé au niveau des 9e et 10e espaces intercostaux. Début marqué par réaction pleurale au voisinage des tumeurs, réaction du côté opposé, considérée comme tuberculeuse : ablation chirurgicale, suivie de mort. Les auteurs se demandent si l'intervention est opportune dans les cas cliniquement latents ?

Séance du 25 juin 1943

Effets de la restriction des boissons dans le diabète insipide humain. — M. Kourilsky, Mlle Corre et M. André Mignot. — Etude de la restriction des boissons chez des sujets atteints de diabète insipide d'origine diverse, les malades étant examinés à plusieurs reprises en 24 heures : boissons et urines étant exactement recueillies et dosées, fraction par fraction. La restriction des boissons détermine l'apparition de signes fonctionnels : exacerbation du besoin, troubles digestifs et inappétence, impression de sécheresse de la bouche et de la langue. Ces résultats sont corroborés par les recherches expérimentales chez les animaux.

Les bases anatomiques de l'étude des sciatiques (présentation de documents anatomiques et radiologiques). — M. de Sèze. — Les données et les documents radiographiques recueillis chez les sciatalgiques après injection de lipiodol, établissent que la plupart des sciatiques graves, et même beaucoup de sciatiques bénignes, relèvent du processus suivant : hernie discale véritable ou simple exagération de la saillie normale du disque.

Pleurésie à pasteurella. Guérison par les sulfamides. — MM. Gaube, Ravry et Boy. — Les infections à pasteurella sont rares dans l'espèce humaine. Des cas ont été observés par Levy-Bruhl. Les auteurs ont observé une pleurésie purulente à pasteurella, au cours de laquelle la médication sulfamidée paraît avoir eu une action salutaire.

Mélanose de guerre (M. de Riche). **Porphirinurie très élevée. Influence favorable de la vitamine P P.** — MM. Degos et Carrot. — Sous l'influence de l'amide nicotinique, éclaircissement rapide de la mélanose, disparition de l'hyperpigmentation rétinienne, baisse de la porphirinurie. Les auteurs insistent sur la signification étiologique des mélanoses de guerre fréquentes depuis 1940.

Les modes d'action de l'électro-choc. — MM. Delay, Neveu et Seshays distinguent deux actions essentielles : une action thymique s'exerçant sur les états mélancoliques et maniaques, une action noétique sur les états confusionnels et oniriques. L'action thymique fait disparaître l'agitation chez les déments. L'action noétique s'étend aux états confusionnels allant de la stupeur à l'état onirique. De nombreux faits cliniques et expérimentaux montrent l'action du diencéphale.

Electro-choc et diencéphale. — M. Delay, analysant l'action thérapeutique de l'électro-choc sur les états thymiques et les états confusionnels, estime que son intervention s'exerce par l'intermédiaire des centres neuro-végétatifs du diencéphale. Il conclut à l'action essentiellement basilaire et diencéphalique de cette technique, action qui lui serait commune avec les autres thérapeutiques psychiatriques épileptogènes.

Fièvres typhoïdes à début par frissons. — MM. Pasteur Vallery-Radot, A. Domart et M. Goury-Laffont attirent l'attention sur la fréquence du début anormal des fièvres typhoïdes actuellement observées. Sur 15 fièvres typhoïdes hospitalisées dans leur service, depuis janvier 1941, 7 ont débuté brusquement par un frisson ou des frissons répétés à la manière d'une grippe, d'une pneumopathie ou d'une scepticémie.

Séance du 2 juillet 1943

Dégénérescence amyloïde primitive. — MM. Fiessinger, Leroux, Lajouanine et Grislain. — Femme de 53 ans, sans aucun accident pathologique, fait une dégénérescence amyloïde généralisée. Le diagnostic ne fut possible que par l'examen histologique du foie obtenu par biopsie. Anatomiquement la surcharge amyloïde, au niveau du foie, avait remplacé le parenchyme. La phase terminale dans ce cas reproduisait l'insuffisance hépatique du « foie absent » des « hépatectomies totales ».

Mégaœsophage décelé par l'examen radiologique systématique du thorax. — MM. Bariéty, Lesobre et Choubrac. — A l'occasion d'une visite médicale, on constate fortuitement, chez une femme de 45 ans, une ombre radiologique nette élargissant à droite le médiastin. L'absorption d'un repas opaque démontra qu'il s'agissait d'un mégaœsophage, exemple d'un des problèmes séméiologiques nouveaux que l'extension des examens radiologiques est appelée à créer.

Le traitement des apnées de l'électro-choc. — MM. Delay, Durand, Vidart. — En l'espèce l'apnée est un signe impressionnant. Les auteurs le traitent avec succès par des inhalations de CO^2 pur, qui est un agent préférable au carbogène, d'un pouvoir excitant moindre. Cette inhalation est suivie d'une reprise respiratoire immédiate.

Un cas d'amylose hépato-ganglionnaire sans étiologie reconnue. — MM. Pasteur Vallery-Radot, Maurio, Domart et Gougerot. — Homme de 57 ans présentant des adénopathies multiples, de l'hépatomégalie, de l'insuffisance rénale. Il s'agissait, à la biopsie, d'un cas d'amylose, sans étiologie définie. La maladie amyloïde peut donc être primitive.

Un cas de diphtérie chez une enfant récemment vaccinée. — M. Brelet. — Quand un enfant a « du blanc » dans la gorge, il doit être examiné par un médecin, même s'il a été vacciné. La diphtérie des vaccinés existe ; le plus souvent elle est bénigne et guérit rapidement.

Leucémie subaiguë terminée par une poussée aiguë. — Leucémides diffuses. — MM. Nicaud et Lafitte. — Après une période de 18 mois, marquée par une grande lassitude et de l'amaigrissement, un homme de 52 ans présente des éléments cutanés qu'on considère comme des accidents staphylococciques. Une biopsie d'une leucémide a montré une infiltration diffuse dermo-épidermique par des cellules lymphocytaires et des cellules en activité karokinétiques. L'évolution terminale a duré un mois.

Deux cas de septicémies à bacille de Gaertner. — MM. Sedallian et Bertoye. — Première observation : infection du type éberthien banal; deuxième septicémie avec endocardite infectieuse : isolement du bacille de Gaertner dans les deux cas. Il est intéressant d'avoir retrouvé dans la sérologie clinique la réaction ne relevant d'ordinaire que de l'analyse expérimentale.

Appréciation indirecte de l'avitaminose B¹ par le test pyruvique. — Etude chez les tuberculeux pulmonaires. — MM. Jean Paraf, L. Desbordes et André Paraf. — Etude chez une cinquantaine de tuberculeux pulmonaires évolutifs et non, de l'avitaminose BI par dosage urinaire de l'acide pyruvique. Le chiffre moyen monte de 500 et 400 milligr. chez ces malades.

Séance du 9 juillet 1943

Action de l'électro-choc dans un état de mal asthmatique. — MM. Decourt, Plichet et Gorin. — Après chaque séance, rémission complète de la dyspnée, toujours plus durable. Il y a, dans ce fait, un intérêt théorique évident, qu'il ne faudrait pas généraliser.

Intoxication par le nitrite de soude. — MM. Janet et Fouquet. — Cas d'une intoxication collective par le nitrite de soude utilisé par erreur à la place de sel de cuisine. De toxicité moyenne le nitrite de soude est surtout redoutable quand il s'agit de jeunes enfants. Son action peut entraîner la mort rapide par asphyxie, comme cela a été observé dans des cas récents.

Agranulocytose mortelle après sulfamidothérapie pour méningite cérébro-spinale. — MM. Milhit, Fouquet et Mlle Saulnier. — Cas d'une enfant de 6 ans, atteinte de méningite cérébro-spinale sulfamido résistante, ayant nécessité un traitement prolongé. Après cessation de ce traitement survint une agranulocytose et une angine nécrotique mortelle. L'origine toxique des accidents sanguins est certaine. Les auteurs insistent sur l'intérêt des signes prémonitoires et sur la surveillance incessante du sang.

A) **Application à la clinique de la méthode des bilans azotés. B) Etude du stockage azoté au cours des œdèmes de dénutrition, par l'étude de l'excrétion uréique, en fonction de l'ingestion protidique.** — MM. Fiessinger et J. Trémolières. — De ces deux communications, les auteurs concluent en utilisant la méthode qu'ils viennent de décrire et en l'appliquant à huit cas d'œdème de dénutrition, qu'il y a un élément de plus en faveur du trouble du métabolisme protidique au cours de ces œdèmes.

Ils ajoutent que cette méthode paraît dans des conditions bien précisées, capable de montrer en clinique si un sujet est en équilibre azoté ou s'il est susceptible de stocker l'azote alimentaire.

Enurésie et hérédité. — Mme Roudinesco souligne la fréquence d'une hérédité similaire chez les énurésiques. L'hérédo-syphilis ne semble jouer qu'un rôle peu important, sauf quand il y a énurésie diurne et nocturne simultanées.

Cancer pulmonaire apical. — MM. Duvoir et Pourmeau-Delille.

Vacances. — La prochaine séance aura lieu le 15 octobre 1943.

SOCIETE DE PEDIATRIE

Séance du 18 mai 1943

Le traitement des luxations congénitales de la hanche à la clinique chirurgicale et orthopédique des Enfants-Malades. — M. Leveuf expose sa technique actuelle qui lui donne des résultats très supérieurs aux traitements classiques (lesquels guérissaient 20 % environ des cas traités) et présente quelques malades traités et remarquablement guéris.

Il pratique d'abord la réduction par les procédés classiques et la vérifie par arthrographie : la moitié des cas sont insuffisamment réduits et doivent être opérés. Il procède alors à l'intervention sanglante rendue nécessaire par les lésions complexes qui empêchent la réduction, mais il est arrivé auparavant à supprimer la mortalité de cette opération par la perfusion systématique de sérum physiologique adrénaliné. Les résultats sont d'autant meilleurs que le traitement orthopédique a été moins prolongé.

Remarques sur l'évolution des paralysies obstétricales du plexus brachial. — M. et Mme Sorrel-Dejerine, en collaboration avec M. André Thomas ont examiné 40 cas, dont 18 dès la naissance. 16 ont guéri complètement, tandis que les 24 autres gardaient des séquelles.

Un cas d'achondroplasie localisée associé à d'importantes dystrophies osseuses. — M. Sorrel, Mme Sorrel-Dejerine et M. Xamben.

Sur la torsion funiculaire du nouveau-né. — M. Bret a observé une tuméfaction douloureuse des bourses chez un nouveau-né quelques heures après la naissance. Le diagnostic n'ayant été fait qu'au 12e jour, l'intervention fut jugée inutile et l'organe subit l'atrophie habituelle.

M. Fèvre signale que dans un cas analogue de Trillat le testicule fut sauvé par une intervention au 2e jour. Il insiste sur la fréquence de cette affection chez le nourrisson : 7 cas avant 2 ans contre 4 après cet âge dans le service du Prof. Ombrédanne en 1933.

L'étape tumorale dans les sympathomes de la région lombaire. — M. Fèvre.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

Quelques formes d'insuffisance alimentaire observées chez l'adulte, par MM. Charles Richet et Guy Le Sueur. *Le Phare Médical de Paris*, n° 216, avril-mai-juin 1943, p. 23.

A partir de quel chiffre peut-on dire qu'il y a insuffisance ?

Les auteurs rappellent qu'il faut à l'organisme 2.500 à 3.000 calories avec un apport protidique de 1 gr. à 1 gr. 40 par kilo, soit de 65 à 100 calories par heure de vie. C'est donc avec raison que les auteurs 1 gr. 10 par kilo.

Rappelons que Lapicque fixe le chiffre minimum indispensable à 100 grammes par heure de vie. C'est donc avec raison que les auteurs considèrent le chiffre de 2.000 calories comme un chiffre tangent.

Or, si à Madrid, on était descendu à 1.000 calories par jour, à Paris on trouve (Ch. Richet) le chiffre de 1.500 calories. C'est autour d'un chiffre plus élevé (1.600 à 1.700 calories) que l'on voit apparaître la « famine lente » suivant l'expression de Starling.

Ajoutons qu'à Paris, d'après les auteurs, on n'avait en avril 1943 que 0 gr. 45 de protides et 0 gr. 30 de lipides.

Ce sont à Paris les formes globales d'insuffisance que l'on observe. Le principal symptôme : l'amaigrissement, est dû à la fonte des graisses et à la fonte musculaire. Ainsi s'établit un *syndrome musculaire* se traduisant par une diminution des réflexes et une fatigabilité extrême. Les muscles lisses sont aussi atteints (hernies, ptoses, prolapsus, troubles digestifs).

Un *syndrome osseux*, dû à la décalcification (troubles dentaires), est caractérisé par des douleurs, spontanées ou provoquées, des déformations osseuses (scolioses, déformations rachitiques), fractures.

Des *manifestations cardio-vasculaires*, dues à la fatigue du muscle cardiaque, se traduisent par deux signes majeurs : la bradycardie et l'hypotension. A la longue on peut observer une véritable insuffisance cardio-vasculaire.

Le *syndrome nerveux* est dominé par l'asthénie qui est le premier signe de l'inanition. On peut aussi observer des états dépressifs, allant jusqu'à la prostration et pouvant amener des erreurs de diagnostic.

D'autres fois évolue une véritable psychose que les auteurs ont vu dans un cas évoluer vers le délire furieux. Les lésions cérébrales sont souvent importantes, la plus banale est l'œdème cérébral diffus.

Les auteurs rappellent sans s'y arrêter longuement, car ils sont bien connus, le *syndrome des œdèmes de la faim* et le *syndrome biologique* (hypoazoturie, hypocalciurie, polyurie).)

Ils indiquent la possibilité d'un *syndrome endocrinien* et notent la diminution du métabolisme basal.

L'étude des *formes évolutives* montre la lenteur du rétablissement, même chez les non obèses antérieurement. Enfin, apparaît la gravité des *formes irréversibles* lorsque l'insuffisance s'est prolongée plus de six mois (1.000 calories et au-dessous), ou chez des vieillards qui *semblent* s'éteindre de vieillesse, ou qui *paraissent* succomber à une maladie. Il convient d'incriminer dans ces cas l'insuffisance alimentaire.

Et les auteurs concluent ainsi :

« Au total, l'insuffisance alimentaire est une des rares maladies quasi expérimentales dont l'intensité peut s'apprécier de façon assez rigoureuse : la baisse de poids, l'hypotension et la bradycardie, mais aussi l'hypoglycémie, la diminution du rapport azoturique, la baisse du métabolisme basal sont autant d'éléments qui permettent de la mesurer et d'en indiquer le degré. La meilleure façon de l'apprécier est d'observer la manière dont le malade réagit à une alimentaire suffisante.

« Enfin, l'insuffisance alimentaire — et c'est peut-être là son méfait le plus considérable — aggrave tous les états pathologiques en diminuant la résistance du terrain. »

M. L. S.

Formes associées du syndrome de déséquilibre alimentaire, par MM. L. Rimbaud, H. Serre et A. Vedel. *Soc. des Sciences Méd. et Biol. de Montpellier*, 4 juin 1943.

Les auteurs indiquent le retentissement réciproque du déséquilibre alimentaire et de la maladie associée chez les cardiaques, les hépatiques, les rénaux et au cours des infections aiguës. Cette étude montre que le déséquilibre alimentaire, envahissant les cadres nosologiques, peut créer des formes cliniques nouvelles qui caractérisent la pathologie du jour.

A. P.

L'œdème de dénutrition chez le vieillard, par MM. P. Boulet, J. Charbonneau et R. Bosc. *Société des Sciences Méd. et Biol. de Montpellier*, 5 mars 1943.)

1) *Etude clinique.* — Les auteurs ont observé une quinzaine de cas de cette variété d'œdèmes. Elle survient à tout âge, plus fréquemment chez l'homme que chez la femme, et surtout au début de l'été. Il s'agit le plus souvent d'un œdème mixte, d'où les caractères un peu anormaux de ses symptômes. Le pronostic est plus grave que chez l'adulte sain.

2) *Etude biologique.* — Les mêmes auteurs ont trouvé une hypoprotidémie quasi constante avec hyposérinémie et abaissement du quotient albumineux ; mais les modifications protidiques sont trop variables pour qu'on puisse les rendre responsables de l'œdème. D'autre part, l'étude hémographique et myélographique leur a révélé simplement une légère anémie isochrome avec hypoérythroblastose.

A. P.

L'œdème de dénutrition et les états cardiovasculaires, par MM. P. Boulet, Charbonneau et R. Bosc. *Société des Sciences Méd. et Biol. de Montpellier*, 5 mars 1943.

Ces auteurs rapportent six cas d'œdèmes de dénutrition survenus chez des sujets porteurs d'une affection cardio-vasculaire. Dans cette variété d'œdèmes « mixtes » il importe de préciser la part exacte de la sous-alimentation et celle de l'insuffisance cardiaque ; les auteurs indiquent les signes qui permettent de faire cette discrimination.

A. P.

Les acropathies de carence, par MM. J.-M. Bert, D. Brunel, S. Lissitzky et A. Donnezan. *Soc. des Sciences. Méd. et Biol. de Montpellier*, 4 juin 1943.

Les auteurs étudient le cas d'une femme de 34 ans, dont le régime alimentaire était surtout composé de pain, de pommes de terre et de pâtes, et chez qui apparurent des troubles complexes des extrémités : syndrome de Raynaud avec petites escarres de l'extrémité des doigts, douleurs et cyanose ; plus tard infiltration importante de consistance ferme, élastique, accompagnée de rougeur et de sudation, gênant la préhension et la flexion des doigts. Cet aspect rappelle les mains succulentes, endocriniennes, et se rapprochent également de certains syndromes acrodyniques. Il existait une hypoglobulinémie discrète avec élévation du quotient albumineux à 2,41.

Les auteurs rappellent à ce sujet les conceptions endocriniennes et endocrino-végétatives des syndromes actuels de carence, et opposent la rareté relative des œdèmes de dénutrition dans le sexe féminin à la fréquence relative des diverses acropathies : engelures, acrocyanose, onyxis, troubles vasculaires.

A. P.

Rôle du sexe vis-à-vis des restrictions alimentaires, par M. Godlewski. *Soc. des Sciences Méd. et Biol. de Montpellier*, 4 juin 1943.

L'auteur a comparé le poids chez le vieillard, à l'âge adulte et à la période pubertaire. Durant celle-ci, comme à l'âge adulte, les femmes se défendent mieux que les hommes et maigrissent moins. Après la ménopause les deux maigrissent beaucoup, égaux devant la carence. Il existe aussi des répercussions électives pour chaque sexe, essentiellement nutritives et endocriniennes. Le système endocrinien de la femme ayant à faire face à des équilibres nutritifs variables (grossesse, allaitements) est de ce fait plus apte à mieux lutter contre les carences alimentaires.

A. P.

Le pain au lacto-sérum, par M. André Dénier (de La Tour-du-Pin). *Concours Médical*, n° 27, 1er juillet 1943, p. 536.

Depuis longtemps les hygiénistes ont attiré l'attention sur l'intérêt très grand qu'il y aurait à utiliser le lacto-sérum dans l'alimentation.

Le lacto-sérum, ou petit lait, était utilisé couramment autrefois pour la nourriture des porcs. On le mélangeait avec des farines ou des tourteaux. Actuellement on ne dispose ni des unes, ni des autres et on ne peut se servir du petit lait seul. Quelques rares usines le dessèchent pour la biscuiterie ou pour la préparation de petits déjeuners. D'une façon générale, le petit lait est jeté et c'est grand dommage.

M. André Dénier a eu l'heureuse idée de faire faire, à la Tour du Pin, des essais de panification avec du lacto-sérum. On remplace la moitié de l'eau par du petit lait. On obtient une augmentation en poids de pain de 3 à 4 % environ. Le petit lait apporte en effet au pain, *par litre*, 54 grammes de sucre de lait, 10 gr. de caséine, 1 gr. de matières grasses, 2 gr. d'acide lactique, 4 gr. de composés minéraux. Il apporte encore de la vitamine B_2 ou lactoflavine, et des diastases qui rendent le pain plus assimilable.

En ce qui concerne le boulanger, le petit lait fait mieux lever la pâte, il dore mieux, il cuit plus vite, donc il amène une économie de chauffage.

Enfin, ce procédé nous apporte 70 calories de plus par ration. C'est un argument décisif en faveur du procédé.

M. L. S.

Le pain de pommes de terre en Suisse, par M. le Prof. Stahelin et MM. Jucker, Zeller et Kapp (de Bâle). *Annali d'Igiène*, anno LIII, n° 3, mars 1943, p. 160.

Les auteurs ont fait des recherches sur la valeur nutritive du pain fabriqué avec de la farine mélangée à de la pomme de terre. Un essai prolongé a été fait en 1942 sur des étudiants de bonne volonté. Le pain ainsi obtenu a bon goût, une odeur agréable ; il garde longtemps l'aspect de la fraîcheur et il a une valeur nutritive peu inférieure à celle du pain de froment.

Propagation de la fièvre typhoïde par le fromage M. Hammes (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1er déc. 1942).

L'auteur a observé 8 cas de fièvre typhoïde dus à l'absorption de fromage. Quarante jours après la fabrication de ce fromage il a été possible d'obtenir des cultures donnant des B. d'Eberth.

Ces cas sont à rapprocher de ceux relatés par Carrieu et Pappas à la *Société des Sciences Méd. et Biol. de Montpellier* (*Gaz. Hôp.*, 1er mai 1943, n° 9, p. 138). Il s'agissait d'une épidémie de fièvre typhoïde due à l'absorption de fromages frais fabriqués avec du lait de brebis par un porteur de germes. L'épidémie fut arrêtée après la mise en action d'une prophylaxie sévère.

M. L. S.

Le diagnostic pratique d'activité de la tuberculose pulmonaire, par M. le Dr I. W. Reichel. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 9 janvier 1943.

Revue critique des critères d'activité du processus pulmonaire ; qu'il s'agisse de signes fonctionnels ou physiques, d'examen hématologique ou radiologique, d'examen de crachats même, aucun signe n'est à lui seul un témoignage d'activité ; c'est l'interprétation correcte d'un ensemble qui peut seule mener à une conclusion valable. R. L.

Réticulose maligne à évolution rapide malgré l'action du traitement sulfamidé sur la fièvre et les adénopathies, par MM. G. Giraud, J.-M. Bert, Th. Desmonts, P. Passovant. *Soc. des Sciences Méd. et Biol. de Montpellier*, 7 mai 1943.

Cette réticulose maligne, chez un éthylique de 47 ans, a débuté par l'ascite et l'adénopathie cervicale. Elle a comporté d'abord un épisode aigu avec herpès, fièvre, développement rapide des adénopathies cervicales et de la splénomégalie, leucocytose avec polynucléose et éosinophilie. Le traitement sulfamidé a fait tomber la fièvre, fondre les adénopathies cervicales et diminuer la splénomégalie ; mais il n'a pas empêché l'anémie progressive, avec leucocytose, polynucléose et éosinophilie, et l'évolution rapide vers la mort. Il existait un grand polymorphisme des lésions anatomo-pathologiques : infiltration histio-monocytaire, d'aspect pseudo-leucémique par endroits en d'autres points aspect bigarré lymphogranulomateux, foyers de polynucléaires. A. P.

Les transformations de la poliomyélite, par A. Windorfer. *Zentralblatt fur innere Medizin*, 19 décembre 1942.

Etudiant les statistiques allemandes de ces dernières années et les documents cliniques, par comparaison avec les documents d'autres pays, l'auteur conclut que depuis vingt ans, en Allemagne, la poliomyélite s'est révélée une endémie redoutable au point de vue individuel et social ; les cas sont devenus plus nombreux, les épidémies en un même lieu se sont rapprochées et chacune a été plus prolongée que celle qui la précédait.

La répartition topographique n'est nullement capricieuse comme on l'avait cru mais il ne faut pas pour l'apprécier borner arbitrairement le champ exploré ; l'immunisation spontanée par infection inapparente joue un rôle important. L'âge atteint tend à s'élever ; les adolescents et adultes ne sont plus épargnés et d'autant moins que le pays est plus anciennement infecté, et que les épidémies ont été plus fréquentes et plus graves.

Les formes sans paralysie deviennent plus fréquentes ainsi que les formes méningitiques pures, les formes cérébrales, les formes à type d'encéphalite. On ne note guère de changement de la mortalité globale ni du taux des paralysies durables.

Dans toutes ces modifications il semble qu'interviennent le plus grand nombre d'épidémies et la virulence plus grande du germe, mais non les transformations du terrain. R. L.

Contribution du traitement de la méningite cérébrospinale épidémique, par M. le Dr Vl. Duancic. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 26 décembre 1942.

Comme d'autres auteurs en divers pays l'ont fait, l'auteur a traité la méningite cérébrospinale par le seul sulfamide, à l'exclusion de toute sérothérapie. Les résultats ont été excellents malgré l'habituelle gravité de cette affection chez le très jeune enfant en particulier. A noter que les complications articulaires de la maladie ne cèdent, par contre, pas au sulfamide et nécessitent une chimiothérapie différente. R. L.

Traitement des hémorragies intracraniennes chez le nouveau-né par la vitaminose K, par M. le Dr Gustav Papp. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 6 mars 1943.

La vitamine K nécessaire à la formation de la prothrombine est peu abondante chez le nouveau-né dont le sang peut séjourner hors des vaisseaux pendant un temps prolongé sans se coaguler ; l'administration de la vitamine K rétablit formation de prothrombine et coagulation. Dans 16 cas graves et 22 cas légers d'hémorragie intracranienne du nouveau-né les résultats ont été bons ; de même dans l'ictère du nouveau-né et même dans des paralysies du plexus brachial sans doute par action sur des foyers hémorragiques à l'intérieur du tissu nerveux. R. L.

La tolérance aux opérations, par le Prof. E. v. Novak. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 30 janvier 1943.

Elle est fonction de conditions multiples : moment et mode d'intervention, anesthésie, âge du sujet, la résistance la meilleure s'observant entre 20 et 40 ans, l'état de civilisation, l'habitat, la flore microbienne du lieu, le sexe (femme plus résistante aux hémorragies), la puberté. Le nourrisson supporte mal les anesthésiques, les opiacés, les grands délabrements. Importance de la douceur opératoire, de la temporisation bien comprise, de l'immobilisation prolongée chez le vieillard ; de la préparation et des soins post-opératoires, des tares générales, des intoxications habituelles, de l'état endocrinien. Importance enfin du froid et des pertes sanguines. L'évaluation de ces nombreux facteurs commande les résultats à espérer d'une intervention. R. L.

NOTES POUR L'INTERNAT

DIAGNOSTIC DES ADENOPATHIES CERVICALES

Par intérêt réside dans la recherche étiologique car d'elle découlent le pronostic et les indications thérapeutiques.

I. — DIAGNOSTIC POSITIF

Il est facile.

C'est une tuméfaction :

1° Siégeant exceptionnellement à la nuque ; essentiellement dans les régions sous-maxillaire et carotidienne.

2° Dont il faut préciser :

Si elle est unie ou bilatérale ; unique ou multiple, la multiplicité étant un caractère essentiel, propre à la tumeur ganglionnaire, tumeur en chapelet ; douloureuse ou indolore.

Ses rapports avec les plans superficiels et profonds.

Sa consistance ferme ou ramollie : c'est important car certaines adénites restent dures, d'autres évoluent vers la fistulisation et il faut alors apprécier les caractères de la fistule et du pus.

II. — DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Eliminer :

1° Tumeurs superficielles : lipome, kyste.

2° Tumeurs musculaires : gomme syphilitique du sterno (s'immobilise lors de la contraction du muscle).

3° Tumeurs profondes : Goitre latéral (solidaire de la trachée dans les mouvements de déglutition) ; anévrysme (surtout si vieil anévrysme ne battant plus) ; tumeur du corpuscule carotidien.

III. — DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

Deux cas : Adénopathies aiguës et chroniques.

A — Adénopathies aigues.

1° On trouve une porte d'entrée :

a) Lésion cutanée : impétigo, herpès, zona.

b) Lésion dentaire : dent de sagesse, carie simple, nécrose apicale.

c) Lésion pharyngée :

α) Angines des maladies infectieuses : telles la diphtérie, la scarlatine où la valeur de l'adénopathie est non seulement diagnostique mais aussi pronostique.

β) Angines banales : herpétique, pultacée, érythémateuse simple même.

γ) Angine de Vincent où l'adénopathie ne manque jamais.

d) Maladie du sang : syndrome agranulocytaire ; leucémies aiguës où l'adénopathie cervicale est satellite d'importantes lésions bucco-pharyngées ; angine à monocytes.

2° Mais il faut savoir la possibilité de surinfection d'une lésion froide (adénopathie tuberculeuse particulièrement).

B. — Adénopathies chroniques.

Deux cas : Adénopathies secondaires et primitives.

1° *Adénopathies secondaires :* on trouve une cause locale à l'origine.

a) Cancer :

α) Caractères des ganglions (certains doivent faire penser au cancer) : ou petits ganglions, isolés les uns des autres, sans périadénite durs, mobiles, indolores ; ou grosse tumeur dure qui s'accroît vite et s'immobilise rapidement.

β) Le diagnostic est : Parfois facile : cancer des lèvres, de la langue surtout et dans ce dernier cas les caractères des ganglions peuvent être d'un utile appoint dans les discussions avec les ulcérations traumatiques ou syphilitiques par exemple ; parfois difficile et c'est le cas de certains cancers profonds que seuls des examens de spécialité permettent de déceler : cancers de la base de la langue, du pharynx, du larynx.

b) Chancre syphilitique :

Certains caractères des ganglions y font penser : un volumineux ganglion entouré de plus petits, durs, mobiles, indolores ; font rechercher un chancre de la langue, de l'amygdale ; il faut savoir que :

Il peut être intéressant dans certains cas de ponctionner ces adénites pour y rechercher directement le tréponème ; ces adénites persistent un certain temps après la cicatrisation du chancre en permettant parfois le diagnostic rétrospectif.

2° *Adénopathies primitives :* On ne trouve pas de porte d'entrée spécifique mais une cause générale à l'origine de l'adénopathie.

a) Tuberculose : Elle doit être suspectée la première, elle est souvent en cause.

α) Le plus souvent il s'agit de formes pluri-ganglionnaires.

Caractères des ganglions. — Siège : les chaînes cervicales sont atteintes dans toute leur étendue mais avec prédominance unilatérale ; l'évolution est particulière ; phase de crudité où les ganglions sont petits, arrondis, fermes et indolores ; phase de ramollissement où certains ganglions situés au centre de la masse deviennent mous et fluctuants ; ultérieurement et au bout d'un temps variable : ulcération avec fistules caractéristiques ; enfin cicatrice adhérente, chéloïdienne et définitive venant pour l'avenir signer l'affection.

Le Δ est évident devant de tels ganglions observés, comme il est habituel, chez un enfant pâle et amaigri.

Mais il faut explorer les autres territoires ganglionnaires et ausculter attentivement les poumons pour déceler de possibles lésions pulmonaires capables de contre-indiquer une cure marine.

β) Variétés cliniques.

Formes pauci-ganglionnaires, évoluant de la même façon que la forme précédente mais dans lesquelles un seul groupe ganglionnaire est atteint.

La micro-polyadénopathie : Dont la nature tuberculeuse ne fait pas d'ailleurs toujours sa preuve (penser aussi aux adénopathies spécifiques secondaires) ; se rencontre souvent chez des enfants adénoïdiens, chez des adolescents aux infections rhino-pharyngées répétées.

Le lymphome tuberculeux : Forme rare de tuberculose ganglionnaire ; caractérisée par des masses ganglionnaires multiples, bilatérales le plus souvent, parfois très volumineuses, de forme régulière, arrondie ou ovoïde, indolores, sans périadénite, restant mobiles les uns sur les autres, sur les plans profonds, n'adhérant jamais à la peau — l'évolution en est lente et insidieuse avec des alternances d'accroissement et de diminution ; pour certains (Ombrédanne) le lymphome est une tumeur unique, sous-angulo-maxillaire, mobile, indolore, d'une dureté caractéristique.

γ) Le diagnostic pour toutes ces variétés, tire arguments de :

Age : Enfant le plus souvent.

Signes généraux : Amaigrissement, pâleur, asthénie, état subfébrile.

Examen complet : Osseux et surtout pulmonaire.

Des examens complémentaires : Radio-pulmonaire et cuti.

b) Maladies du sang.

α) Maladie de Hodgkin :

Y penser devant une adénopathie asymétriquement disposée (débutant souvent à la partie postéro-inférieure de la chaîne cervicale au niveau du groupe cervico-trapézien), de volume inégal, dure, indolore, ne suppurant pas.

Rechercher pour le Δ : l'atteinte d'autres groupes ganglionnaires (plus tardive en général), les autres signes de la maladie (prurit, fièvre, splénomégalie).

Savoir qu'il existe des formes cervicales pures (c'est un fréquent mode de début de l'affection) pour lesquelles prennent toute leur valeur :

L'examen du sang (hyperleucocytose modérée avec éosinophilie) ; la ponction ganglionnaire ; la biopsie qui fait le Δ en montrant l'association de deux éléments : le polymorphisme leucocytaire et l'énorme et caractéristique cellule de Sternberg.

β) Leucémie lymphoïde :

Y penser devant une adénopathie bilatérale et symétrique, molle, indolore, n'adhérant ni aux plans superficiels ni aux plans profonds, ne suppurant jamais.

Le diagnostic repose sur : Ces caractères des ganglions ; l'existence d'autres adénopathies ; l'examen du sang (leucocytose d'aspect uniforme avec 95 % de mononucléaires).

c) Lymphosarcome :

Le Δ parfois difficile avec un branchiome ; est une tumeur dure, bosselée, mal limitée, adhérant dans la profondeur et à la peau qu'elle envahit et qui rapidement s'ulcère. Au total deux caractères essentiels : sa dureté, la rapidité de son développement.

3° *Adénopathies ulcérées :* C'est l'évolution ultime de certaines d'entre elles, comme il a été vu :

a) Tuberculeuse : avec ses fistules à bords violacés, décollés.

b) Néoplasique : avec ses bords durs et éversés, sur fond sanieux, bourgeonnant.

c) Syphilitique : celle de la gomme. Exceptionnelle : posant un diagnostic avec l'actinomycose.

Rouget.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Les étudiants en médecine et les étudiants des autres disciplines au Service du Travail obligatoire

L'exposé des mesures concernant la réglementation du service obligatoire du travail pour les étudiants en médecine a été fait dans ce journal le 1er juillet dernier ; ces mesures n'ont pas varié depuis cette date, mais quelques précisions sont nécessaires à la suite des démarches entreprises dans le courant du mois par le Professeur Balthazard et M. Sureau.

C'est ainsi que les étudiants de la classe 1942 viennent de faire un stage de spécialisation dans leurs facultés respectives, afin d'être mis au courant des éléments de vénéréologie, de la médecine d'usine et des accidents du travail : ce stage est actuellement sanctionné par un examen.

Quant aux étudiants des classes 1941, 1940 et 4e trimestre 1939, diverses catégories ont été organisées ; les internes et externes nommés au concours resteront provisoirement sur place ; les autres étudiants (stagiaires) resteront également en France et seront employés par les préfets à diverses fonctions (soins de première urgence aux blessés des bombardements, soins aux malades des hôpitaux en cas de manque de personnel, défense passive, accidents du travail en usine, soins aux travailleurs français de l'organisation Todt). Enfin ces étudiants constitueront des équipes mobiles de secours.

On nous a demandé d'autre part de faire connaître le sort réservé aux étudiants des autres disciplines, aux candidats aux Grandes Ecoles de l'Etat français, telles que Centrale, Polytechnique, Agronomique, etc... et aux élèves de ces écoles.

Dans les milieux officiels on est très catégorique sur ce point : tous les étudiants et les élèves des grandes écoles (médecine, pharmacie, art dentaire exceptés) iront travailler en Allemagne sans aucune dérogation possible. Trois classes vont partir incessamment et plusieurs éléments seront partis à l'heure où paraîtront ces lignes. Ils seront tous employés Outre-Rhin selon leurs capacités techniques et leur degré d'instruction.

Maurice Mordagne.

Société Française de Gynécologie

A l'issue des Journées Gynécologiques de Paris qui se sont tenues les 26 et 27 juin 1943, la Société Française de Gynécologie a voté la création de commissions chargées de présenter aux pouvoirs publics les vœux suivants :

1° Reconnaissance de la Gynécologie comme spécialité médicale indépendante de la chirurgie et de l'obstétrique, avec lesquelles elle peut être cumulée ;

2° Institution d'un « certificat de gynécologie » délivré par les facultés aux docteurs en médecine ayant effectué après la scolarité normale un stage d'un an terminé par un examen dans une clinique gynécologique où l'enseignement *médical* de la gynécologie sera organisé. Les médecins possesseurs de ce certificat de gynécologie seront seuls autorisés à porter le titre de *gynécologue ;*

3° La qualification des gynécologues existant actuellement sera, comme l'avait prévu l'ancien Conseil Supérieur de l'Ordre, assurée par une commission comprenant parmi ses membres des représentants de la Société Française de Gynécologie, qui groupe la majorité des gynécologues français ;

4° La gynécologie devra être représentée dans toutes les commissions officielles s'occupant de l'hygiène, de la santé publique et de la natalité ;

5° Le dépistage précoce des affections gynécologiques étant du point de vue social de la plus haute importance, il devra être créé sur tout le territoire des *consultations de prophylaxie gynécologique* ouvertes aux femmes de tout âge et dirigées par des gynécologues qualifiés.

Conseil d'administration pour l'année 1943-1944

Président : M. F. Jayle (Paris).

Vice-présidents : MM. Cotte (Lyon), E. Douay (Paris), Guyot (Bordeaux), Pierra (Luxeuil).

Secrétaire général : M. Maurice Fabre (Paris).

Secrétaire adjoint : M. R. Palmer (Paris).

Trésorier : Mme Meurs-Blatter (Paris).

Membres : MM. Binet (Nancy), Chauvin (Marseille), Jeanneney (Bordeaux), Mériel (Toulouse), Michon (Lyon), Papillon (Paris), Paucot (Lille), Turpault (Paris), Violet (Lyon), Laffont (Alger).

Commission de l'Enseignement : Président, M. E. Douay.

Commission d'Etudes sociales : Président, M. Claude Beclère.

Commission d'Hygiène scolaire et des Sports féminins : Président, M. Maurice Fabre.

Délégués régionaux : MM. Guyot (Bordeaux), Papin (La Rochelle), L.-M. Pierra (Luxeuil), Cotte (Lyon), M. Leroux (Nantes), Sappey (Grenoble), Figarella (Marseille), H. Filhoulaud (Limoges), Hamant (Nancy), Paucot (Lille), Lefebvre (Toulouse).

Un pharmacien a-t-il le droit de vendre les produits couramment employées dans la lutte contre les maladies des plantes cultivées ? — M. Métadier, dont on connaît les initiatives pour associer les pharmaciens à la défense des végétaux, s'est vu opposer un refus de principe par la direction des Services Agricoles de Tours à laquelle il demandait des renseignements d'ordre technique. Cette direction appuyait son refus sur une interprétation abusive du texte de la loi du 11 septembre 1941 relative à l'exercice de la pharmacie. Par un recours hiérarchique, M. Métadier a soumis la question au Ministre de l'Agriculture qui a opposé un silence obstiné. Voulant user de toutes les voies de droit, il a alors saisi le Conseil d'Etat d'un recours pour excès de pouvoir. Voilà un conflit juridique dont la solution intéresse au plus haut point tout le corps pharmaceutique.

LIVRES NOUVEAUX

Indications chirurgicales en pratique courante, par M. Raymond Dieulafé, chargé de cours à la Faculté de Médecine de Toulouse. Un vol. in-8° broché de 170 pages. Librairie J.-B. Baillière et Fils, Paris 1943.

M. Raymond Dieulafé vient de réunir en un volume des leçons faites aux étudiants du cours de médecine opératoire. Avec un grand sens pratique et une connaissance approfondie des nécessités de l'heure, l'auteur a pensé que, s'adressant à des étudiants qui seront demain des praticiens de médecine générale, il devait abandonner les routes classiques. Apprendre à ces étudiants les éléments de la médecine opératoire est une nécessité. Mais il est exagéré d'enseigner à un omnipraticien toutes les finesses d'une technique dont il n'aura jamais à se servir. Il n'en est pas de même des indications opératoires, des questions de diagnostic, de la préparation d'un sujet à une intervention, de la surveillance d'un opéré lorsqu'il revient de la clinique et qu'il est sous la responsabilité du médecin de famille. Nous ne citerons pas tous les chapitres de cet excellent livre, mais il faut cependant signaler les belles leçons consacrées au choc, à la maladie post-opératoire, et à l'occlusion. F. L. S.

Précis d'obstétrique, 5e édition, par L. Devraigne, chargé de cours de clinique annexe à la Faculté de Médecine de Paris, accoucheur de Lariboisière. Un volume in-8 de 1.050 pages, avec 388 figures dans le texte. Cartonné : 390 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

Dans cette 5e édition, M. Devraigne a réussi, sans changer l'aspect général de ce précis, dont les quatre éditions antérieures garantissaient le succès, à alléger le texte et à élaguer toutes les notions et théories anciennes. La lecture du livre en est de beaucoup simplifiée. Des figures anciennes ont été remplacées par des illustrations nouvelles qui éclairent bien le texte.

Chapitres nouveaux, illustration largement enrichie, table alphabétique détaillée, telles sont les caractéristiques de cette 5e édition.

L'évolution moderne chirurgicale de l'obstétrique a bouleversé bien des chapitres de traitements ; de nouvelles méthodes de diagnostic, dont il n'était pas question dans la 4e édition, ont vu le jour et sont consignées dans ce livre. La grande pratique hospitalière de l'auteur jointe à ses qualités de clarté d'enseigneur s'y retrouvent à chaque page.

La plèvre, mécanismes normaux et pathologiques, par A. Policard et P. Galy. Un vol. gr. in-8° de 126 pages. Masson et Cie, éd. Paris, 1943. Prix : 60 fr.

Dans ce nouveau volume, les auteurs donnent un exposé synthétique de la biologie de la plèvre. Ils en fixent la structure et les mécanismes histophysiologiques à l'état normal et pathologique.

Cet ouvrage est d'un grand intérêt, pour les médecins et les pathologistes, il constitue une vue d'ensemble très utile et importante.

Naissance

M. Michel Gros et Mme Gros, née France Le Sourd, sont heureux de faire part de la naissance de leur deuxième fils, Dominique (Paris, 21 juillet 1943).

Nécrologie

Nous apprenons la mort, à l'âge de 95 ans, de Mme Grenet, mère du Dr Alphonse Grenet (d'Etampes), du Dr Henri Grenet, médecin honoraire des Hôpitaux de Paris, et grand-mère du Dr Pierre Grenet.

Nous adressons à nos collègues l'expression de notre très affectueuse sympathie.

Imp. Tancrède, Paris - 31.1080 — Autorisation n° 83.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

N° 16. — 10 AOUT 1943 116e ANNEE Ce numéro : 2 francs.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT. — Un an : France et Colonies, 75 fr. Etudiants, 40 fr.; Etranger : 1re zone, 110 fr., 2e zone, 125 fr. *Chèques postaux : Paris 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

POUR NOS ABONNÉS DE LA ZONE NON OCCUPÉE, adresser renouvellements et toutes communications aux Messageries Hachette, 12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône) *Chèques postaux : Lyon 218* (Service *Gazette des Hôpitaux*)

SOMMAIRE

Bi-hebdomadaire paraissant provisoirement deux fois par mois

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris

Concours pour une place de chirurgien résident à la fondation Paul Marmottan, 19, rue d'Armaillé, Paris (17e).

Le concours s'ouvrira le jeudi 4 novembre 1943, à 11 h. 30, à l'Administration Centrale, 3, avenue Victoria. Inscriptions du 11 octobre au 20 octobre inclusivement au bureau du Service de Santé.

Concours de l'Internat (1944). — Le concours s'ouvrira le jeudi 4 octobre 1943, à 9 heures, à la salle Wagram, 39, avenue Wagram (métro Etoile ou Ternes). Inscriptions du 1er septembre au 13 septembre inclusivement à l'Administration Centrale, 3, avenue Victoria, bureau du Service de Santé, escalier A, 2e étage, de 13 à 17 heures, samedis et dimanches exceptés.

Concours des prix de l'Internat (**médecine**). — Le concours s'ouvrira le lundi 17 janvier 1944 à 9 heures, à la salle du Conseil de Surveillance, 3, avenue Victoria, 2e étage. Inscriptions au bureau du Service de Santé, du 3 novembre 1943 au 15 novembre inclusivement, de 14 à 17 heures. Mémoire à déposer le lundi 15 novembre 1943, à 17 heures, dernier délai.

Concours des prix de l'Internat (**chirurgie et accouchements**). — Le concours s'ouvrira le jeudi 20 janvier 1944, à 9 heures, à la salle du Conseil de Surveillance, 3, avenue Victoria, 2e étage. Inscriptions au bureau du Service de Santé, du 3 au 15 novembre 1943 inclusivement, de 14 à 17 heures. Mémoire à déposer au bureau du Service de Santé, le lundi 15 novembre 1943, à 17 heures, dernier délai.

Chefs de laboratoire de bactériologie. — La réunion de la Commission chargée d'établir la liste d'aptitude aura lieu le 8 novembre 1943, à 11 heures, à la salle du Conseil de Surveillance, 3, avenue Victoria (2e étage). Inscriptions des candidats au bureau du Service de Santé, du 11 octobre 1943 au 20 octobre inclusivement, de 14 à 17 heures.

Hôpitaux de Province

Montbéliard. — Un concours en vue de la nomination d'un médecin oto-rhino-laryngologiste à l'hôpital de Montbéliard sera ouvert devant la Faculté de Médecine de Nancy vers le 15 octobre prochain (concours sur titres et sur épreuves). Les candidats voudront bien adresser leur candidature à M. le Dr Lelong, directeur régional à la Santé, 7, rue Général-Lecourbe, Besançon, et au directeur de l'hôpital de Montbéliard.

Facultés de Médecine

Le programme des études de l'A. P. M. — Le Ministère de l'Education Nationale vient de communiquer le programme détaillé des études de l'Année Préparatoire de Médecine, qui remplace comme on sait le P. C. N.

Ce programme comporte trois matières principales : la Biologie, la Physique, la Chimie.

I. — La Biologie comprend 165 leçons et traite des caractères généraux de la matière vivante, de la cellule chez les animaux et chez l'homme.

A) Biologie générale d'abord. Elle se divise en sept parties, dont voici les principales :

a) Biologie physico-chimique, histologique, physiologique de la cellule, nutrition, respiration, division, mouvements ; mort de la cellule (30 leçons) ;

b) Développement des organismes animaux, sexualité, embryologie, reproduction, croissance (22 leçons) ;

c) Vie des animaux en état d'équilibre ; étude des appareils, des fonctions, des équilibres, des adaptations relatives avec le milieu extérieur (34 leçons) ;

d) Microbiologie (10 leçons) ;

e) Evolution des organismes, hérédité, espèces (15 leçons).

B) Biologie humaine ensuite (35 leçons), place de l'homme dans l'échelle des êtres, personnalité humaine, étapes de la vie humaine, agents nocifs ou toxiques, hygiène alimentaire. Introduction à l'étude de la médecine (10 leçons), santé, profession, découvertes médicales.

II. — La Physique ne comprend que 25 leçons :

Energétique, états de la matière, optique, radiations.

III. — La Chimie comprend enfin 35 leçons : Chimie générale surtout organique, constitution de la matière vivante, substances actives, vitamines et hormones.

Ce programme sera mis en pratique dès la rentrée.

(Association de la Presse Médicale française).

Faculté de Médecine de Paris

Travaux pratiques supplémentaires de chimie. — Une série supplémentaire de travaux pratiques de chimie aura lieu à dater du mercredi 6 octobre 1943, à 14 heures.

A cette série pourront s'inscrire :

1° Les étudiants dont les travaux pratiques n'ont pas été validés pour une raison quelconque (2e année) ;

2° Dans la limite des places disponibles, les étudiants qui voudraient compléter leurs connaissances pratiques en chimie biologique et pathologique avant la session d'examens de fin d'année.

Droit d'inscription : 150 francs.

S'inscrire au Secrétariat (guichet n° 4) les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

Travaux pratiques supplémentaires d'histologie. — Il sera établi, du lundi 4 octobre au lundi 18 octobre, deux séries de travaux supplémentaires : une pour la première année, de 13 h. 45 à 15 h. 30 ; une pour la deuxième année, de 15 h. 30 à 17 h. Y seront admis :

1° Les étudiants ayant leurs travaux pratiques validés qui désireraient faire une révision de ces travaux pratiques ;

2° Les étudiants non validés pour quelque raison que ce soit.

Le droit à verser pour chaque série est de 150 francs. Toutefois, les étudiants pourront s'inscrire aux deux séries moyennant 250 fr.

Les inscriptions sont reçues au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 4) les lundis, mercredis et vendredis, de 14 h. à 16 h.

Travaux pratiques supplémentaires de physiologie. — Les travaux pratiques supplémentaires de physiologie auront lieu du 4 au 9 octobre 1943, pour les étudiants de 1re et 2e année.

La première séance aura lieu le 4 octobre à l'amphithéâtre des travaux pratiques de physiologie à 14 h. 30.

Le droit d'inscription est fixé à 200 fr.

Les inscriptions sont reçues au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 4) les lundis, mercredis et vendredis, de 14 h. à 16 h.

Facultés de Province

Faculté de Lyon. — L'arrêté du 26 mars 1943 attribuant à la chaire de médecine légale de la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de l'Université de Lyon le titre de chaire de médecine légale et de médecine du travail, est rapporté. (*J. O.*, 27 juillet 1943.)

Ecoles de Médecine

Nantes. — Par arrêté en date du 28 juillet 1943, un concours pour l'emploi de professeur suppléant des chaires de pathologie médicale et de clinique médicale de l'Ecole de plein exercice de Médecine et de Pharmacie de Nantes s'ouvrira, le lundi 14 février 1944, devant la Faculté de Médecine de l'Université de Paris. Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

Par arrêté en date du 28 juillet 1943, un concours pour l'emploi de professeur suppléant des chaires de pathologie chirurgicale et de

clinique chirurgicale de l'Ecole de plein exercice de Médecine et de Pharmacie de Nantes s'ouvrira, le lundi 14 février 1944, devant la Faculté de Médecine de l'Université de Paris. Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

Ordre de la Santé publique

Par arrêté du 21 juillet 1943, ont été promu et nommés dans l'ordre de la Santé publique :

Au grade d'officier : Mme Faraud, en religion sœur Sainte-Geneviève, directrice du service des femmes agitées au centre d'hygiène mental de Marseille.

Au grade de chevalier : M. le Dr Boulet (Léon), à Lille.

M. Boulay, secrétaire du bureau municipal d'hygiène et des services sanitaires de défense passive de Lorient.

M. Derbanne (Jacques), secrétaire général de l'œuvre des sanatoriums de Bligny.

M. Digabel (Henri), interne à l'hôpital de Lorient.

M. Guillemot (Lucien-Pierre-Louis), interne à l'hôpital de Lorient.

M. Guinard (Louis), surveillant général de l'hôpital de Lorient.

Mme Sonnet (Marie-Louise), sage-femme, directrice de la maternité des hôpitaux de Clermont-Ferrand.

M. le Dr Tabourey (Louis-Joseph), médecin-chef du service médico-social des usines Hispano-Suiza.

Santé Publique

Sanatoriums publics. — Par arrêté du 23 juillet 1943, M. le Dr Varin a été nommé médecin adjoint aux sanatoriums de la Seine, à Hauteville (Ain).

Par arrêté du 22 juillet 1943, M. le Dr Bezine, médecin adjoint au sanatorium de Pignelin (Nièvre) a été nommé, en la même qualité, au sanatorium de Dreux (Eure-et-Loir).

Conseil permanent d'hygiène sociale. — Par arrêté du 13 juillet 1943, M. le Professeur Rechou, professeur de clinique d'électricité médicale à la Faculté de Médecine de Bordeaux, est nommé membre de la 4e section : Cancer, du Conseil permanent d'hygiène sociale.

(*J. O.*, 31 juillet 1943.)

Inspection de la Santé. — Par arrêté du 5 juillet 1943 :

M. le Dr Gresy, médecin inspecteur adjoint de la santé de 1re classe, chargé des fonctions de médecin inspecteur des Ardennes, est nommé médecin inspecteur de la santé de ce département, à compter du 1er juin 1943.

M. le Dr Alaroze, médecin inspecteur adjoint de la santé de 1re classe, chargé des fonctions de médecin inspecteur de la santé des Deux-Sèvres, est nommé médecin inspecteur de la santé de ce département, à compter du 1er juin 1943.

M. le Dr Ameur, médecin inspecteur adjoint de la santé de 1re classe, chargé des fonctions de médecin inspecteur de la Santé des Côtes-du-Nord, est nommé médecin inspecteur de la santé de ce département, à compter du 1er juin 1943.

M. le Dr Wolff, médecin inspecteur adjoint de la santé de 1re classe, chargé des fonctions de médecin inspecteur de la santé de la Meuse, est nommé médecin inspecteur de la santé de ce département, à compter du 1er juin 1943.

M. le Dr Vernus, médecin inspecteur adjoint de la santé de 1re classe, chargé des fonctions de médecin inspecteur de la santé du Jura, est nommé médecin inspecteur de la santé de ce département, à compter du 1er juin 1943.

La répartition de l'insuline. — Un centre national de répartition de l'insuline vient, par arrêté qu'a publié le *Journal Officiel*, d'être institué au Secrétariat d'Etat à la Santé et à la Famille.

Il sera chargé d'opérer, en liaison avec le comité d'organisation des industries et du commerce des produits pharmaceutiques, la répartition de l'insuline entre les différents centres régionaux créés par arrêtés du 7 mai 1942.

Il convient de préciser que ces dispositions ne modifient nullement la réglementation relative à la répartition de ce produit entre les consommateurs.

Ambulances municipales. — Depuis le 1er juillet 1943, le transport des malades de Paris et des communes de banlieue ne possédant pas de voitures ambulances est assuré dans les conditions fixées ci-après :

1° Station des Ecluses Saint-Martin. — 14, rue des Ecluses-Saint-Martin (téléphone : Nord 63-46).

Transports intra-muros provenant des onze premiers arrondissements de Paris (transports extra-muros pour l'Hospice de Bicêtre seulement) ;

2° Station de Chaligny. — 21, rue de Chaligny (téléphone : Diderot 13-45).

Transports intra-muros ou extra-muros provenant des 12e 13e et 20e arrondissements de Paris ; transports provenant de la banlieue Est et Sud-Est ; transports extra-muros provenant seulement des 3e, 4e et 11e arrondissements de Paris.

Banlieue Est et Sud-Est. — Les Lilas, Romainville, Saint-Maurice, Bonneuil, Bry, Créteil, Joinville, Noisy-le-Sec, Rosny, Saint-Maur, La Varenne.

3° Station de la rue Falguière. — 106, rue Falguière (téléphone : Ségur 08-67).

Transports intra-muros et extra-muros provenant des 14e, 15e et 16e arrondissements de Paris. Transports extra-muros seulement provenant des 1er, 2e, 5e, 6e et 7e arrondissements de Paris ; transports provenant de la banlieue Sud et Ouest, c'est-à-dire :

Bagneux, Bourg-la-Reine, Châtenay, Chevilly-Larue, Fontenay-aux-Roses, Fresnes, L'Hay-les-Roses, Orly, Plessis-Robinson, Rungis, Sceaux, Thiais.

4° Station de Caulaincourt. — 102, rue Caulaincourt (téléphone Montmartre 04-74).

Transports intra et extra-muros provenant des 17e, 18e et 19e arrondissements de Paris ; transports extra-muros seulement provenant des 8e, 9e et 10e arrondissements de Paris ; transports provenant de la banlieue Nord et Nord-Ouest, c'est-à-dire :

Pré-Saint-Gervais, Bobigny, La Courneuve, Pavillons - sous - Bois, Villetaneuse, Pierrefitte, Stains, Ile-Saint-Denis, Dugny, Le Bourget, Villeneuve-la-Garenne.

Naissance

Le docteur et Mme J. L. Herrenschmidt sont heureux d'annoncer la naissance de leur fille Sylvie.

Paris, 12, avenue Bugeaud, le 9 juillet 1943.

Mariages

Mme J.-B. Robert, le Docteur et Mme Louis Robert font part du mariage de Mlle Simone Robert, leur petite-fille et fille, étudiante en pharmacie, avec M. Léon Le Minor, étudiant en médecine et en sciences.

La bénédiction nuptiale leur a été donnée le samedi 31 juillet 1943 en l'église Saint-Cyr, d'Issoudun (Indre).

On annonce le mariage du Dr Gonfroy (d'Agen) avec Mlle le Dr Quarante (de Coutances).

La bénédiction nuptiale leur a été donnée le 11 juin 1943 en l'église Saint-Nicolas, de Coutances.

Nécrologie

Dr Léon Gérard, électro-radiologiste, chef de service à l'hôpital Boucicaut, à Paris, décédé à l'âge de 62 ans, victime du devoir professionnel.

— Le Dr Delhomme, à Paris.

— Le Dr Zislin, à Paris.

Renseignements

A vendre : Maison de cure, Hauteville (Ain). Trente chambres, cures particulières au midi. Tout confort, grand jardin, vue unique. S'adresser à Me Bouvet, notaire, Hauteville (Ain).

ORDRE DES MEDECINS

Collèges départementaux des praticiens de la profession dentaire

Le Secrétaire d'Etat à la Santé et à la Famille,

Vu la loi n° 794 du 10 septembre 1942 relative à l'ordre des médecins et à l'organisation des professions médicale et dentaire ;

Vu le décret n° 3631 du 30 décembre 1942 portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 10 septembre 1942 en ce qui concerne le recrutement des membres des conseils de l'ordre des médecins et les recours contentieux,

Arrête :

Art. 1er. — Le nombre des membres des collèges départementaux des praticiens de la profession dentaire, y compris les stomatologistes, est déterminé ainsi qu'il suit :

1° Neuf membres, départements de : Alpes-Maritimes, Bouches-du-Rhône, Finistère, Haute-Garonne, Gironde, Hérault, Isère, Loire, Loire-Inférieure, Meurthe-et-Moselle, Nord, Pas-de-Calais, Puy - de - Dôme, Basses - Pyrénées, Rhône, Saône-et-Loire, Seine, Seine-Inférieure, Seine-et-Marne, Seine-et-Oise, Var.

2° Six membres, départements de : Ain, Aisne, Allier, Basses-Alpes, Hautes-Alpes, Ardèche, Ardennes, Ariège, Aube, Aude, Aveyron, Calvados, Cantal, Charente, Charente-Maritime, Cher, Corrèze, Corse, Côte-d'Or, Côtes-du-Nord, Creuse, Dordogne, Doubs, Drôme, Eure, Eure-et-Loir, Gard, Gers, Ille-et-Vilaine, Indre, Indre-et-Loire, Jura, Landes, Loir-et-Cher, Haute-Loire, Loiret, Lot, Lot-et-Garonne, Lozère, Maine-et-Loire, Manche, Marne, Haute-Marne, Mayenne Meuse, Morbihan, Nièvre, Oise, Orne, Hautes - Pyrénées, Pyrénées - Orientales, Haute-Saône, Sarthe, Savoie, Haute-Savoie, Deux-Sèvres, Somme, Tarn, Tarn-et-Garonne, Vaucluse, Vendée, Vienne, Haute-Vienne, Vosges, Yonne.

Art. 2. — Le nombre des membres suppléants est fixé dans chaque département à deux pour les chirurgiens dentistes et à un pour les stomatologistes.

Art. 3. — Le secrétaire général de la Santé est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Vichy, le 12 juillet 1943.

Raymond Grasset.

(*J. O.*, 27 juillet 1943.)

Conseil national de l'Ordre

Le bureau est ainsi composé : président, M. le Professeur Portes. Vice-présidents, MM. le Professeur Aubertin (Bordeaux), Brouardel, Cibrie et Laurès (Toulon).

Régent financier, M. Hollier ; assistant, M. Duvelleroy.

Secrétaire administratif : M. Thibaudet.

Le Conseil a créé cinq sections elles-mêmes subdivisées en commissions.

1° Section de défense morale et légale de la profession. Président, M. Brouardel ;

2° Section d'action sociale. Président, M. le Professeur Aubertin ;

3° Section d'organisation intérieure de la profession. Président, M. Cibrie.

4° Section des rapports avec les collectivités. Président, M. Laurès.

5° Section de gestion du patrimoine corporatif et de la trésorerie. Président, M. Hollier.

Conseil du Collège départemental de la Seine

Le Conseil du Collège départemental de la Seine de l'Ordre des médecins fait connaître au corps médical du département de la Seine que les médecins exerçant qui ne possèdent pas leur permis de circuler en cas d'alerte, peuvent en faire la demande au Secrétariat du Conseil du Collège de l'Ordre, 242, boulevard Saint-Germain, Paris (7e).

Il est entendu que ces laissez-passer ne seront utilisés qu'en cas de nécessité et pour les besoins de la profession.

Le traitement du myxœdème chez l'enfant, par P. Lereboullet. 1943. Un vol. in-8° de 44 pages. J.-B. Baillière et Fils, éditeurs. Prix : 23 francs.




PANTOPON
ROCHE
OPIUM TOTAL
SOMNIFÈNE
ROCHE
HYPNOTIQUE
SÉDOBROL
ROCHE
TRAITEMENT BROMURÉ
SÉDORMID
ROCHE
HYPNOGÈNE
ALLONAL
ROCHE
ANALGÉSIQUE
PRODUITS "ROCHE"
10, RUE CRILLON, PARIS


TRAITEMENT
DES ANÉMIES
ET DES
DÉFICIENCES
NEURO-ORGANIQUES
SOJAMINOL, complexe d'acides aminés : histidine, tryptophane, extrait du SOJA, riche en vitamines naturelles du groupe B associé aux gluconates de Fer et de Cuivre et à un neurotonique atoxique de synthèse : l'Ambotolyl.
MODE D'EMPLOI :
Adultes : 2 comprimés à chacun des trois repas.
Enfants : 2 comprimés à chacun des deux principaux repas.
SOJAMINOL
COMPRIMÉS
LABORATOIRE
du NEUROTENSYL
72, Bd Davout - PARIS (20e)

REVUE GENERALE

LA RECTO-COLITE HÉMORRAGIQUE

Par Jean VAGUE (de Marseille)

C'est l'application des méthodes pastoriennes à la proctologie qui a permis de dissocier le vaste groupe des syndromes dysentériques, d'isoler successivement les deux grandes dysenteries bacillaire et amibienne, puis les syndromes sigmoïdo-rectaux des diverses parasitoses et infections, de la maladie de Nicolas-Favre, de la syphilis. La recherche systématique de l'étiologie a conduit également à décrire les dysenteries toxiques, les troubles moteurs et sensitifs de l'intestin terminal, liés à une altération quelconque de cet organe, à une atteinte de voisinage, à une affection nerveuse.

Mais voici qu'après avoir fait la part de chacun de ces syndromes bien individualisés, les gastro-entérologues se sont trouvés en face d'un grand nombre de recto-colites de nature indéterminée. Devant cette constatation, assez fréquente en médecine, ils ont cherché un autre test de classification que la « causalité externe ». L'évolution clinique, les possibilités de l'endoscopie et de l'anatomie pathologique s'offraient à le fournir. Malheureusement, leurs données laissaient une large place à l'appréciation subjective et à l'interprétation, et il en est résulté une confusion extrême qui rend bien souvent inutilisable l'abondante littérature consacrée à ce sujet.

Le Congrès de Bruxelles en 1935 (rapports de Gallard-Mones et Sanjuan, Snapper, dell'Acqua, Wintrup, Goiffon, Lardennois, Donati) sur les colites ulcéreuses graves non amibiennes, apporta, certes, quelques précisions heureuses à la question des R.-C. d'origine indéterminée. Mais il releva surtout que, dans l'esprit de la plupart des auteurs, le groupe des R.-C. cryptogénétiques ne renfermait aucune entité clinique bien définie, et même ne se détachait qu'avec une imprécision notoire des syndromes sigmoïdo-rectaux attribués depuis longtemps à une étiologie parasitaire ou infectieuse.

Or, depuis quelques années, sous l'impulsion de Bensaude, puis de ses élèves, une étude clinique patiente a permis d'isoler au milieu du fatras des R.-C. cryptogénétiques, un syndrome aux caractères anatomiques et évolutifs bien tranchés, la R.-C. H. Le rapport de Bensaude et Rachet au Congrès de Plombières, en 1935, la thèse de Costes en 1938, les nombreuses publications de Rachet, Busson et Arnous, Chêne, Hillemand et Genévrier, Lambling, Delarue, la thèse de Jacques Soullard en 1941, ont fixé les limites de ce syndrome dont la connaissance est due presque exclusivement à la médecine française.

Les discussions les plus récentes montrent cependant que l'accord n'est pas réalisé sur tous les caractères de la R.-C. H.

Du point de vue endoscopique, il existe une R.-C. dont les images, comme nous le verrons, sont absolument caractéristiques, contrairement à la plupart des autres dysenteries, l'amibienne comprise. Toutefois, lorsque, par une véritable complication, d'autres lésions « non spécifiques » viennent se superposer aux premières ou les remplacer, faut-il éliminer ou maintenir le diagnostic de R.-C. H. ? Les observations de Moutier, de Baumel disent oui ; Rachet dit non.

Sur le plan de la clinique, tous les auteurs reconnaissent l'évolution périodique, mais ils divergent quant à la valeur respective des hémorragies et de la purulence. Hillemand, Savignac, considérant que la purulence fait partie intégrante de la symptomatologie, préfèrent conserver le terme de R.-C. hémorragique et purulente. Rachet, au contraire, place au premier rang la note hémorragique, soutient que la suppuration est un phénomène contingent et secondaire, et que le syndrome doit porter le nom de R.-C. muco-hémorragique de cause inconnue, ce qui traduit ses deux symptômes fondamentaux.

Dans l'isolement d'un syndrome clinique et la recherche de sa pathogénie, la didactique évolue entre deux écueils : altérer la vérité par des schémas trop simples ou s'égarer dans une vue plus large mais imprécise et inféconde. Toutes les constructions durables de pathologie ont évité ces deux erreurs. C'est par cette méthode qu'a été peu à peu décrite la R.-C. H. ; c'est ainsi qu'il faut continuer.

Or, du travail patient de l'école de Bensaude, la définition donnée par Rachet et Busson de la R.-C. H. (ou muco-hémorragique) apparaît comme l'aboutissant logique, même si elle ne doit pas survivre à des recherches ultérieures, ce qu'il est impossible de prévoir : « Maladie de long cours, atteignant le côlon en partie ou en totalité, prédominant toujours à sa surface et à sa terminaison, évoluant par poussées successives entrecoupées de rémissions, engendrant au moment de ces poussées un syndrome muco-hémorragique ». Rachet et Busson ajoutent : « Cette affection dont les causes nous sont encore inconnues est l'expression clinique d'une maladie diathésique dans laquelle les réactions vasculaires jouent le rôle essentiel ».

Tous les autres symptômes sont donc, pour Rachet et Busson, secondaires et contingents. Ils existent néanmoins, et l'on ne doit pas en négliger l'importance. Quoi qu'il en soit, la R.-C. H. est bien caractérisée, dès l'instant, par sa note avant tout hémorragique, son évolution en poussées périodiques, nous ajouterons son image endoscopique granitée et non ulcéreuse, ses lésions histologiques où dominent les altérations vasculaires.

ETIOLOGIE.

La R.-C. H. est une maladie rare, et l'on n'a guère de chance de la rencontrer qu'en médecine spécialisée. Nous ignorons si sa fréquence s'est modifiée, étant donnée l'incertitude où nous étions encore sur son D., il y a seulement quelques années. A en croire les publications et les statistiques, elle serait plus fréquente dans certains pays : Amérique, Scandinavie, Angleterre. Mais le caractère hétérogène des observations publiées et des conceptions en cours, nous interdit toute opinion décisive sur ce point.

On l'observe surtout chez l'adulte jeune, un peu plus fréquemment chez la femme ; rare chez l'enfant, elle est exceptionnelle chez le vieillard. Quelques cas familiaux (Mummery, Snapper, Spriggs, Hamburger, Julien Marie et Ledoux-Lebard, Oury) ont été signalés ; leur imprécision ne permet pas de trancher entre la prédisposition génétique et la contagion.

Le rôle du terrain paraît complexe, mais certain. Il est rare de ne pas trouver, plus ou moins associés, d'une part un passé intestinal, de l'autre des troubles neuro-végétatifs et endocriniens ; certes, dans leurs formes mineures, ces troubles sont monnaie courante ; leur quasi constance chez les rectocolitiques mérite cependant d'être retenue. Maschas et Mollard attribuent même un rôle étiologique prédominant et initial au déséquilibre endocrinien, ce que contestent Rachet et Busson.

ETUDE CLINIQUE.

Bien qu'elle se présente sous divers aspects, la R.-C. H. réalise le plus souvent un syndrome bien caractérisé, c'est la

FORME CHRONIQUE A POUSSÉES PÉRIODIQUES.

Précédée quelquefois de petits troubles digestifs, la première poussée éclate en général assez brusquement. En quelques jours se constitue un syndrome dysentérique complet : selles fréquentes et peu abondantes, peu fétides, ténesme, épreintes, coliques, émission de sang ; l'élément douloureux est, en général, plus discret qu'au cours des autres dysenteries ; le sang recouvre toutes les selles en plus ou moins grande quantité ; lorsqu'il est moins abondant, il laisse voir sur les matières un enduit brillant de mucus. On peut aussi observer une débâcle de diarrhée vraie ou fausse, entrecoupant les selles dysentériques. La température est normale ou légèrement élevée ; fait assez notable, la langue n'est pas saburrale, et l'appétit est conservé. Le toucher rectal est douloureux. On perçoit quelquefois une corde colique gauche sensible ; mais ce dernier symptôme est, en général, beaucoup moins accusé que dans les autres dysenteries spécifiques.

La poussée dure de huit jours à trois mois ; au cours de cette évolution le nombre des selles est variable, jusqu'à 30 par jour ; on peut le voir diminuer au point de croire à la guérison quand une reprise survient ; souvent la poussée se termine brusquement par le passage en quelques jours d'un syndrome dysentérique grave à une accalmie complète où ne persiste qu'un certain degré d'amaigrissement et d'anémie.

Telle est la forme hémorragique pure. Il est rare, quand l'évolution se prolonge, que du pus n'apparaisse pas, au moins en petite quantité, mélangé aux matières. Rachet est formel sur l'ordre de succession de ces phénomènes, l'hémorragie précédant toujours la suppuration et cette dernière étant contingente. Ce n'est pas l'avis d'un certain nombre d'auteurs et notamment de Savignac. Il est certain que suppuration et hémorragie évoluent souvent de pair, ce qui n'enlèvent rien à la prééminence de la première dans la symptomatologie et l'évolution ; la forme purulente pure, admise autrefois par Bensaude, ne peut plus être retenue à l'heure actuelle; ce n'est pas une R.-C. H., non seulement, en quelque sorte, par définition, mais parce qu'il s'agit d'un syndrome tout différent du point de vue clinique et endoscopique ; et même si quelques hémorragies apparaissent tardivement au cours d'une dysenterie purulente, il faut avec Rachet, distinguer cette forme de la R.-C. H.

La poussée terminée peu à peu ou brusquement, survient une période d'accalmie dont la durée est extrêmement variable, de quelques mois à plusieurs années. Tout symptôme peut disparaître ; plus fréquemment il persiste de petits troubles colitiques avec quelquefois même participation recto-sigmoïdienne.

Les poussées ultérieures sont souvent précédées de diarrhée ; comme la première, il est habituel qu'elles commencent pas des hémorragies ; leur durée, leur intensité n'observent aucune règle. Elles peuvent se presser, s'allonger, s'aggraver, réalisant une maladie continue, cachectisante ; elles peuvent s'espacer, céder complètement. Les formes les plus communes sont les formes moyennes, avec une à deux poussées par an, surtout au printemps et à l'automne, de quelques semaines chacune, évoluant pendant plusieurs années, aboutissant avec une fréquence égale à une guérison tardive ou à une lente cachexie.

L'étude clinique de la R.-C. H. doit être complétée par un certain nombre de recherches. Les *selles* sont alcalines, riches en albumine et en mucus. Les glaires renferment des germes nombreux et banaux ; on n'y trouve ni amibes, ni bacilles dysentériques, mais il n'est pas exceptionnel d'y rencontrer quelques Lamblia ; la présence d'Entamoeba coli y est relativement fréquente.

A *l'examen radiologique*, le côlon, spasmé fréquemment aux points de stase, garde mal la baryte dans sa partie inférieure et la retient à l'excès dans sa portion proximale ; les clichés en couche mince et après insufflation peuvent révéler certaines altérations par ailleurs variables du liséré muqueux de sécurité.

C'est l'*endoscopie* qui représente le temps essentiel du D. La pénétration de l'endoscope est douloureuse. Pendant les poussées aiguës, la muqueuse est rouge foncée « pleurant le sang », dit Rachet ; il n'y a ni ulcérations, ni fausses membranes, seulement du mucus, des glaires, souvent du pus. Cette muqueuse qui saigne spontanément, saigne encore davantage au moindre contact. Dans les formes plus bénignes, la muqueuse n'est sanguinolente que par plages plus ou moins étendues ; ces plages ont un aspect granité caractéristique ; le sang en perle au moindre frottement. Les lésions s'étendent sur tout le recto-sigmoïde ; elles débutent en général à 2 ou 3 cm. au-dessus de l'anus pour cesser aux environs de 20 à 25 cm. ; le maximum est habituellement aux environs du pylore sigmoïdo-rectal.

L'ulcération ne fait pas partie de l'image endoscopique de la R.-C. H. au moins à son début ; c'est-à-peine si de petites abrasions en coup d'ongle ou de fines pustules en tête d'épingle peuvent s'observer. Néanmoins, lorsque la purulence s'est installée, il n'est pas rare de rencontrer de petites plages nécrotiques, ulcérées, recouvertes de glaires. Si la crise se prolonge avec suppuration, on voit se former de petits bourgeons polypoïdes, eux-mêmes saignants, parfois ulcérés, susceptibles de régresser très rapidement avec les autres troubles. Cain, Cattan et Dreyfus pratiquent un cyto-diagnostic par attouchement de la muqueuse préalablement asséchée ; des polynucléaires très nombreux sont ainsi prélevés en période aiguë, des mononucléaires surtout en période d'amélioration ou dans l'intervalle des poussées.

En période d'accalmie, l'ensemble de la muqueuse se rapproche de la normale ; on peut presque affirmer la guérison définitive quand toute lésion a disparu ; mais c'est là une éventualité rare. Le plus souvent on retrouve par places, et notamment vers la jonction recto-sigmoïdienne, l'aspect granité, finement grenu, rouge carmin qui ne trompe pas.

A la longue, quand les poussées se répètent, la polypose tend à devenir chronique, les lésions perdent de leur pureté, les ulcérations sanieuses se constituent plus facilement et persistent davantage ; entre chaque poussée, la muqueuse conserve des lésions plu ou moins importantes.

Formes évolutives.

Les formes habituelles ne diffèrent entre elles que par la gravité de chaque poussée et leur répétition. Tous les intermédiaires peuvent se voir entre les poussées bénignes à longue échéance et les formes graves, continues et cachectisantes. Mais deux groupes cliniques méritent d'être isolés : ce sont la forme suraiguë et les formes compliquées.

La *forme suraiguë* réalise le type d'une dysenterie maligne, hautement fébrile, hémorragique, nécrotique plutôt que purulente ; la mort survient assez rapidement dans un état toxi-infectieux. Pour Hillemand et pour plusieurs auteurs, cette forme devrait être détachée de la R.-C. H. Savignac, au contraire, n'y voit qu'une variété évolutive de la même maladie ; en effet, le même trouble vasculaire et hémorragique paraît en être la signature histologique ; cependant, il n'est pas impossible que, dans certains cas, le bac dysentérique soit en cause.

Les *formes compliquées* sont assez rares dans leur complexité. Les complications locales comprennent, en dehors de la polypose si fréquente et dont le seul effet est peut-être de prolonger la maladie et de favoriser les récidives, la nécrose parcellaire aboutissant à des ulcérations du type amibien ou bacillaire, la sténose, fréquemment notée à l'étranger (Bargen, Gallard-Mones, Snapper) et considérée comme beaucoup plus rare par Bensaude, Lambling et Rachet, les perforations, apanage des formes suraiguës, ou, au contraire, très prolongées et continues, les suppurations péri-anales et péri-coliques, ces dernières peut-être consécutives à des perforations minimes et latentes.

Les complications à distance peuvent atteindre tous les appareils ; on a observé des septicémies d'origine intestinale aux localisations diverses, des altérations hépatiques variables depuis la discrète insuffisance révélée par les épreuves biologiques (Caroli, Busson et Giraud), jusqu'à l'atrophie jaune aiguë (Cain). Les nombreux cas d'arthralgies signalés par les auteurs étrangers, seraient attribuables, pour Rachet à des dysenteries bacillaires. L'œdème avec hypoprotidémie, dont nous avons observé un cas, peut se voir dans les formes sévères ; le défaut d'absorption par atteinte du grêle en serait peut-être la cause (Moutier). L'anémie est une complication banale qui ne dépend que de l'importance des hémorragies et des facultés de récupération des malades. Enfin, un certain nombre de ces sujets sombrent dans une cachexie progressive, due à la perte de sang, à l'infection locale et générale, aux troubles de l'absorption.

Formes topographiques.

La localisation ordinaire de la maladie est le recto-sigmoïde; il existe une forme rectale pure, très rare, décrite par Thayssen, Oury et Stieffel, Savy et Vachon ; ici, pas de syndrome dysentérique, mais seulement des hémorragies rectales, pures ou mélangées à la selle, parfois la suivant comme dans les plus banales hémorroïdes qui peuvent d'ailleurs coexister ; le pronostic est bénin.

Redoutables, mais heureusement rares sont les formes extensives qui gagnent une plus ou moins grande partie du côlon, et notamment le cœco-ascendant ; les douleurs y sont vives, la diarrhée presque constante, l'état général toujours très atteint ; l'évolution se fait vers la cachexie par dénutrition ou vers une perforation. La valvule de Bauhin semble constituer, dans les cas autopsiés, une barrière infranchissable aux lésions.

Formes étiologiques.

Il n'est pas question ici d'une étiologie proprement dite dont nous ignorons presque tout, mais du terrain sur lequel survient la R.-C. H. Les formes féminines ont indiscutablement des rapports étroits avec le cycle génital. Un très grand nombre de cas ont débuté quelques jours après un accouchement et nous en avons personnellement observé plusieurs ; par la suite le rythme menstruel des poussées R.-C. est très souvent noté ; nous avons pu ainsi observer un véritable syndrome ménorectal absolument rythmé sur le cycle ovarien.

Diagnostic.

Le D. de la R.-C. H. est fait d'un certain nombre d'éléments négatifs et d'un faisceau de caractères positifs qui permettent de la situer au milieu des R.-C. cryptogénétiques.

a) *L'amibiase* peut simuler presque toutes les affections digestives, *a fortiori* un syndrome dysentérique hémorragique ; toutefois, la régularité évolutive et les accalmies complètes ne sont guère dans sa manière, le sang y est moins abondant, les images endoscopiques, ne dessinent presque jamais ce piqueté purpurique ou sanglant si propre à la R.-C. H. L'examen parasitologique et l'épreuve du traitement emporteront la décision ; une association n'est pas impossible mais bien difficile à identifier.

La *dysenterie bacillaire*, en dehors du caractère épidémique, inconstant, est affirmé par la recherche du bacille dans les selles et le séro-D. ; les images rappellent celles de l'amibiase et non celle de la R.-C. H. Les cas chroniques et à poussées successives sont discutables ; il était autrefois classique de les considérer comme exceptionnels ; la confusion si répandue entre cette affection et la R.-C. H. n'a fait qu'embrouiller la question ; il semble que certaines complications attribuées à la R.-C. H. telles que les arthrites et les inflammations oculaires ou conjonctivales relèvent davantage des bacilles des groupes Shiga, Flexner-His ou Ceylonensis. Aussi, les examens de selles doivent-ils être répétés dans tout syndrome r. s.. Eux seuls permettent non seulement d'éliminer les deux grandes causes de dysenterie mais encore les autres *causes infectieuses ou parasitaires multiples* capables de donner lieu à un syndrome s. r. hémorragique et plus ou moins purulent. La syphilis, la tuberculose offrent exceptionnellement un tel aspect, à l'état isolé surtout, mais le polymorphisme de la maladie de Nicolas-Favre est tel qu'une réaction de Frei devra toujours être pratiquée dans les cas douteux.

Il existe des *R.-C. toxiques* exogènes (Hg. cantharide), endogènes (urémie) dont le D. est le plus souvent évident.

Une *production tumorale*, comme un cancer, une tumeur bénigne villeuse ou non, pourra offrir certaines difficultés de D. au début ; il en est de même de la polypose, cette dernière pouvant être secondaire à une R.-C. H. ; en pareil cas, il s'agira d'établir le D. chronologique des deux affections. L'endométriome rectal est une tumeur comme les autres; mais une endométriose discrète aux hémorragies rythmées par le cycle ovarien peut fort bien simuler une R.-C. H. ; le D. ne peut en être confié qu'à l'endoscopie et à l'examen anatomique.

Certaines altérations locales : hémorroïdes, fissures, condylomes, perirectites, peuvent donner lieu à des R.-C. secondaires. Comme la R.-C. H. peut elle-même se compliquer de ces diverses altérations, ici encore c'est la chronologie des symptômes qui doit, en l'absence d'autre test, emporter la conviction.

Enfin, exceptionnellement, des *troubles neuro-végétatifs* par lésions de voisinage ou éloignée, une *affection du système nerveux*, telle que le tabès réaliseront un syndrome toujours suffisamment éloigné de la R.-C. H. pour que le D. n'hésite pas. Le *purpura localisé* à la muqueuse r. s., souvent cryptogénétique, est d'un D. difficile, mais n'est peut-être pas très loin de la R.-C. H. proprement dite.

b) Lorsque toute étiologie fera défaut, il faudra encore distinguer entre les R.-C. de cause inconnue. En raison des discussions rappelées plus haut, le problème est ici plus délicat. Nous connaissons cependant les caractères de la R.-C. H.. C'est dire que toute R.-C. vraiment ulcéreuse, gangréneuse, exclusivement purulente, infiltrante, sténosante, sans étiologie déterminée, devra, en principe, être soustraite au D. de R.-C. H. et acceptée comme une complication de ce syndrome dans les seuls cas où l'ensemble des autres critères cliniques, évolutifs, endoscopiques et anatomiques pourront être rassemblés au début ou au cours de l'évolution.

Anatomie pathologique.

Longtemps précaire et limitée à des pièces d'autopsie (Bensaude, Cain et Massot) ou d'exérèse (Leroux), l'étude anatomique de la R.-C. H. vient d'être faite très complètement par Rachet, Delarue et Busson sur des biopsies en série.

La *première poussée* se caractérise par la stricte localisation des lésions à la muqueuse au-dessus de la *m. mucosæ*. Le chorion est œdémateux, les vaisseaux congestionnés en véritables ectasies capillaires d'où s'échappe une érythrodiapédèse plus ou moins intense ; l'épithélium de

revêtement a fréquemment disparu ; ses érosions sont recouvertes d'un exsudat séro-sanglant dépourvu de fibrine ; les glandes sont le siège d'une hypersécrétion muqueuse. La suppuration, quand elle existe, se traduit par un infiltrat de polynucléaires sans abcès ; peu à peu, elle donne lieu à la production de petits granulomes télangiectasiques qui peuvent se développer et s'étendre jusqu'à former de véritables polypes centrés par un bouquet vasculaire en éventail.

En *période de rémission*, ces polypes régressent plus ou moins complètement avec une extrême rapidité ; nous les avons vus se remplir de cell. conjonctives jeunes étouffant le bouquet vasculaire. Suppuration et érythrodiapédèse cessent : œdème, hypersécrétion muqueuse et ectasies capillaires diminuent mais persistent plus ou moins, témoignant de la continuité de la maladie ; la muqueuse est amincie ; des follicules clos se développent de part et d'autre de la *m. mucosæ*. Chaque poussée donne les mêmes images que la première avec la seule persistance des follicules clos qui étaient rares au début.

Il n'y a, certes, rien de spécifique dans ces lésions ; ce sont celles de la congestion hémorragique par érythrodiapédèse, de l'hypercrinie muqueuse et de l'infection secondaire. Cependant, il n'est pas excessif d'affirmer que tous les autres syndromes dysentériques se présentent avec un aspect différent, celui de l'infection muqueuse primitive où la suppuration et la nécrose dominent. Mais lorsque la maladie se complique de ces phénomènes inflammatoires et nécrotiques, il peut devenir difficile d'établir sur une lame la marche des phénomènes successifs qui s'y trouvent rassemblés.

Pathogénie.

a) La R.-C. H. ne paraît *pas dépendre d'une cause extérieure spécifique.*

Ni l'*amibiase*, malgré quelques cas douteux d'amélioration par l'émétine, ni les *bac. dysentériques*, ni les divers *germes ou parasites* plus ou moins isolés dans des cas également discutables, ni même le *diplostreptocoque de Bargen*, ni enfin le *virus filtrant* invoqué par *Gallard-Mones*, ne peuvent être retenus d'une façon constante. Les germes pullulent dans les glaires et le pus ; ce sont les germes banaux de l'intestin qui trouvent dans le sang et l'hypersécrétion muqueuse un excellent milieu de culture.

b) Par ailleurs la R.-C. H. présente certains caractères qui suffisent non seulement à l'individualiser, mais à la classer dans un groupe d'affections que nous reconnaissons bien si nous ignorons encore leur cause précise : sa *note hémorragique* prédominante, ses *poussées successives*, ses *lésions, qui sont celles de l'allergie hémorragique* telle que nous l'ont bien montrée les travaux d'Arthus, de Sanarelli, de Schwartzmann, de Gratia et Linz, son étiologie clinique enfin, l'extrême fréquence des *troubles végétatifs, endocriniens* et *digestifs*. Quant à l'effet des thérapeutiques diverses, leur caractère commun paraît être leur inefficacité habituelle, ou du moins leur inconstance. C'est en partant de la notion, aujourd'hui bien établie de l'antériorité de l'hémorragie dans la R.-C. H., que nous avons traité plusieurs de nos malades par la vitamine K ; nos deux premiers cas furent un succès complet, tous les symptômes ayant cédé en 48 heures ; le troisième fut un échec ; le quatrième fut guéri aussi vite que les deux premiers ; le cinquième ne fut pas amélioré. Nous n'avons pu établir les raisons de cette discordance ; il ne semble pas qu'une hypoprothrombinémie fût en cause chez aucun de nos malades. Quoi qu'il en soit, et malgré l'inconstance des résultats de ce traitement anti-hémorragique, dans trois cas ou moins, l'arrêt de l'hémorragie entraîna la disparition des autres symptômes, et le phénomène nous paraît digne d'être noté.

En définitive, depuis que l'école de Bensaude a peu à peu élucidé le problème clinique et anatomique de la R.-C. H., il semble que l'on soit à l'heure actuelle parvenu à une conception de cette maladie que Rachet formule heureusement en la comparant aux diverses lésions allergiques, telles que l'eczéma ou l'urticaire, certaines hémorragies cryptogénétiques qui ont entre elles le trait commun anatomique de l'inflammation allergique : congestion suivie d'érythrodiapédèse ou d'exsudation. Dans la R.-C. H., ectasie capillaire, érythrodiapédèse, œdème et hypercrinie paraissent se produire brusquement sur la muqueuse s. r., et par la suite, céder plus ou moins vite ou au contraire se compliquer d'infection, de suppuration, voire de nécrose, et, enfin, des diverses manifestations de l'inflammation chronique évolutive. Il est hors de doute que par son évolution, ses manifestations vasculaires, la R.-C. H. se rapproche étrangement de certaines affections périodiques, notamment de l'ulcus g. d. et plus encore des ulcères qui saignent. Que savons-nous de l'ulcus en dehors de ces caractères et de ceux qui découlent des conditions particulières réalisées par la muqueuse g. d. ? Rien ou à peu près. Cependant, de même que nous essayons de dresser un bilan aussi exact que possible du terrain ulcéreux, nous pouvons, chez le R.-C. chercher les raisons diverses qui ont pu préparer, déterminer ou entretenir cette réaction allergique ; ce seront des troubles digestifs, ce pourra être une dystonie végétative, un déséquilibre endocrinien ; et les observations de Chiray, Maschas et Mollard montrent bien comment la correction d'une dysendocrinie, telle qu'une hyper ou une hypofolliculinie, peut améliorer la R.-C. rythmée par un cycle génital défectueux ; ce peut être encore bien d'autres facteurs étiologiques qu'il y aura intérêt à débrouiller.

On doit reconnaître d'ailleurs que ce bilan clinique et biologique, s'il est capable d'apporter parfois quelque lueur pathogénique utile au traitement, s'avère presque toujours insuffisant, et qu'en dehors du chapitre de la pathologie générale où il convient de la ranger, nous savons encore peu de choses sur la R.-C. H. et ses causes ? Du moins le terrain semble-t-il déblayé et la voie ouverte pour de nouvelles recherches.

Traitement.

Il convient d'envisager la thérapeutique de la R.-C. H. au cours des *poussées évolutives*, en période d'accalmie, et en cas d'évolution grave ou de complications.

a) Le régime, d'abord, appelle quelques précisions. Tous les résidus traumatisants pour la muqueuse malade devront être supprimés ; il en est de mêmes des condiments qui ont toujours une action nocive ; par ailleurs, l'alimentation devra être aussi riche et équilibrée que possible dans une maladie qui peut être longue et anémiante ; un apport supplémentaire de *vit. C*, de préparations *ferriques* et *antianémiques* pourra trouver son utilité.

La première médication à instituer, en dépit de tout examen négatif, est un traitement *émétinien* classique ; il est le plus souvent inopérant. Sauf en cas d'épidémie, la *sérothérapie antidysentérique* ne s'impose pas ; elle pourra cependant être mise en œuvre (30 cm³ × 6 jours) lorsque, comme il est fréquent, les autres thérapeutiques resteront sans action.

Le fond de la médication classique consiste dans les *pansements rectaux* à la coréine auxquels on incorpore divers *antiseptiques* et *cicatrisants* : bleu de méthylène ou argyrol à 1/200e, mercurochrome à 0,5/200e, gonacrine ou novar à 0,20/200e, dermatol, oxyde de zinc à 5/200e, carotène ou vit. A (4 cuill. à café de sol. du commerce dans 120 gr. d'huile, Rachet et Busson), des analgésiques : laudanum, XX gouttes, novocaïne (0,15/200e), des antihémorragiques : chlorure de calcium (4 gr.), adrénaline XXX gouttes au 1/1.000e, sérum, 1 à 3 ampoules, antipyrine, 1 gr. Suivant la prédominance des hémorragies, de la suppuration ou des algies, on administrera tel ou tel de ces médicaments ; plus souvent on sera conduit à les associer, à la dose d'un à deux pansements par jour ; leur action sédative est fréquente, mais il ne faut guère en attendre davantage ; parfois même ils deviennent irritants et on doit les abandonner.

A ces méthodes, il y a lieu d'adjoindre, pour peu que la R.-C. suppure, la *sulfamidothérapie*. Baumel, Serre et Villeneuve donnent 2 à 3 gr. de 693 *per os* pendant huit jours, Rachet et Busson, 1 gr. de 1162 par voie rectale, dans un lavement de 100 cm³ d'eau (Soullard). Cette dernière voie paraît plus logique, étant donné le caractère local de l'infection ; les sulfamides donnent en général de bons résultats sur la suppuration qu'ils peuvent même tarir, ils n'ont aucune action sur l'hémorragie (Soullard), leur effet sur l'évolution générale de la maladie est problématique. Les *autres anti-infectieux* sont d'un intérêt douteux. Il n'en est pas de même des *médications de choc* et de *désensibilisation* qui sont susceptibles de renverser brusquement les réactions du malade et de mettre fin, au moins temporairement, à tous les troubles. En raison de l'élément hémorragique, nous avons administré de la *vit. K* à la dose de 4 à 8 milligr. *per os*, conjointement à une préparation biliaire, de la levure et de la pancréatine, de manière à faciliter son absorption. Nous avons déjà rapporté plus haut l'inconstance des résultats, remarquables par ailleurs, de ce médicament qui, en raison de son innocuité, nous semble mériter d'être employé systématiquement. Certaines méthodes visent à corriger le terrain n. végétatif ou endocrinien ; parmi elles, l'*hormonothérapie* génitale (Konbsch, Chiray, Maschas et Mollard, Sarles) donne parfois d'excellents résultats. Dans l'ensemble, il faut reconnaître que les divers traitements paraissent influencer assez peu l'évolution de chaque poussée.

b) En *période de rémission*, on devra avant tout essayer de hâter la cicatrisation et d'éviter la récidive. Les mêmes prescriptions diététiques, la surveillance du chimisme et de la flore, le traitement du terrain par l'hormonothérapie, par ex., peut-être par les anti-histaminiques, la crénothérapie à Châtelguyon, maniée avec prudence sont à conseiller.

c) Les *complications* locales diverses que nous avons énumérées, les septicémies secondaires demandent un traitement particulier sur lequel nous ne saurions insister. L'aggravation générale de la maladie : hémorragies abondantes, sphacèle local, anémie, œdème, exige une intervention plus énergique. Les traitements de *choc* doivent être employés les premiers. La *transfusion* répétée peut donner un coup de fouet à l'organisme, et lui permettre de mieux supporter les hémorragies ; nous l'avons vue dans un cas grave faire fondre des œdèmes et améliorer l'état général. Quand, au cours d'une poussée, aucune thérapeutique n'a empêché l'aggravation, quand les poussées évolutives se soudent l'une à l'autre, il y a lieu d'envisager le *traitement chirurgical*. Certains même le conseillent plus tôt, à titre préventif des complications ; l'inconstance de ses effets, l'impossibilité de prévoir l'évolution spontanée qui peut être relativement bénigne, nous interdit d'adopter cette position. Les *dérivations* ont pour but de mettre l'organe malade au repos et faciliter sa cicatrisation. Les *résections segmentaires* préconisées par Lardennois, peuvent couper court à l'évolution, mais de façon très inégale.

D'une façon générale, le nombre des méthodes et des médications proposées équivaut à la diversité des hypothèses pathogéniques ; la faible efficacité des premières correspond à l'incertitude des secondes. Cependant, quelques points de repère sûrs, quelques procédés pratiques sont déjà acquis. Connue depuis peu, la R.-C. H. s'est, d'une manière indiscutable, isolée des autres syndromes s. r. ; sa place nosographique paraît nette, sa pathogénie s'ébauche, son traitement pourra bien, un jour, ne plus nous échapper.

LA NUBILITÉ

par le Professeur Pierre Nobécourt

Membre de l'Académie de Médecine

La puberté (1) est la période de l'existence pendant laquelle s'accomplissent des transformations somatiques, physiologiques, psychiques, morales, qui sont liées à l'évolution des glandes sexuelles vers la maturation. Ces transformations achèvent la différenciation des sexes ; elles font perdre à l'individu les caractères de l'enfance, font de lui soit un jeune homme, soit une jeune fille. En même temps, s'installe la *fonction génésique*, la *fonction de reproduction*. Lors de l'éclosion de la puberté, cette fonction naissante est encore à l'état d'ébauche. Elle se perfectionne pendant les années suivantes, tandis que le corps achève son accroissement jusqu'au début de l'âge adulte.

Quand les organes génitaux et leurs fonctions ont achevé leur accroissement et atteint l'état de perfection, l'individu arrive à la nubilité. Du point de vue biologique, la nubilité est l'*aptitude au mariage* (*nubere*, se marier), c'est-à-dire à la *procréation* ; elle correspond à la *maturité sexuelle*.

Est *nubile* l'individu qui possède les qualités physiques et physiologiques requises pour le mariage et la procréation. L'*âge nubile* est l'âge où l'individu est apte à se marier.

Il ne faut pas confondre, comme on le fait trop souvent, puberté et nubilité. La puberté est la période de l'existence où les cellules de la lignée séminale, les *gonocytes* (γόνος, semence), dont jusque-là l'évolution s'arrêtait en chemin, commencent à évoluer jusqu'au stade de *gamête* (γάμος, mariage), gamête *mâle* ou *spermatozoïde*, gamête *femelle* ou *ovule*, ce dernier fécondable par le premier.

A l'éclosion de la puberté, les gamêtes ne sont pas encore parfaits. Bien peu de filles, écrit Henri Vignes, « seraient difficilement fécondables », bien qu'il y ait des cas de fécondation dès la première menstruation et même un peu avant elle. De même, les spermatozoïdes émis avec les premières éjaculations ne sont probablement pas aptes à féconder : souvent, d'ailleurs, ils y font encore défaut ; en outre, les garçons sont incapables d'accomplir le coït, car leurs organes génitaux ne perdent guère leurs dimensions infantiles qu'à la fin de la phase terminale de la puberté.

La nubilité est liée à la maturité de tout l'organisme et celle-ci n'est pas encore réalisée à la puberté. « La puberté, fait remarquer Léon Manouvrier, est affaire génitale ; la nubilité est affaire de tout l'organisme. »

Le perfectionnement se poursuit *après l'éclosion de la puberté*, pendant sa phase terminale et pendant la jeunesse.

Le temps compris entre l'éclosion de la puberté et la nubilité est, suivant l'appellation proposée par Paul Godin (2), la période internubilo-pubertaire. Cette période comprend les deux années de la phase terminale de la puberté et les trois années de la jeunesse ; elle a, au total, une durée de cinq années.

Sa durée est la même dans les deux sexes. Mais, de même que pour la puberté (3), les *âges* sont différents pour le garçon et pour la fille, et, dans chaque sexe, il y a de grandes *variations individuelles*.

Chez le garçon, *l'âge moyen de l'éclosion de la puberté* est dans la seizième année, vers 15 ans et demi. Dans cette éventualité, la *nubilité* est réalisée dans la vingt et unième année, vers 20 ans et demi.

Mais l'éclosion de la *puberté* peut être *précoce* ou *tardive*.

Si elle survient avant 14 ans, la *nubilité* est également *précoce* et s'installe avant 19 ans.

Si elle survient après 16 ans, la *nubilité* est également tardive et ne s'installe qu'après 21 ans. Le retard est une éventualité plus rare que la précocité.

Chez la fille, l'âge moyen de la *première menstruation* est 13 ans ou la quatorzième année. Dans ce cas, la *nubilité* est acquise à 18 ans ou dans la dix-neuvième année.

L'éclosion de la *puberté* peut être *précoce* ou *tardive*.

Quand elle est *précoce*, avant 11 ou 12 ans, la nubilité s'installe avant 16 ou 17 ans.

Quand elle est *tardive*, après 15 ou 16 ans, la nubilité est retardée à 20 ou 21 ans et au delà.

Dans les deux sexes, que la puberté ait évolué ou non d'une façon régulière, certains individus n'arrivent pas à la nubilité parfaite. L'âge venu, ils conservent les caractères de la jeunesse, présentent du *juvénilisme*.

(1) Nobécourt (P.). La puberté. *Feuillets Médicaux*. Maloine, Paris, janvier 1937.

(2) Godin (Paul). *Recherches anthropométriques sur la croissance des diverses parties du corps*. Amédée Legrand, Paris, 2e édition, 1935.

(3) Nobécourt (P.). Les variations des limites et des étapes de la puberté. *Feuillets Médicaux*, Maloine, Paris, 1937.

D'autres individus n'ont pas de puberté ou ont une puberté qui avorte ; ils restent *infantiles*, ne sont *jamais nubiles*.

De même que la puberté évolue deux ans ou deux ans et demi plus tôt chez la fille que chez le garçon, de même le *garçon devient nubile deux ans*, en moyenne, après la fille. Une fille est apte au mariage à 18 ans ou dans sa dix-neuvième année, un garçon seulement à 20 ans ou dans sa vingt et unième année.

Interviennent pour la nubilité les facteurs endogènes et exogènes qui influencent ou paraissent avoir une influence sur l'âge de la puberté : la *race*, *le climat*, etc. On dit que la nubilité est plus tardive dans les pays froids que dans les pays chauds et inversement.

La nubilité biologique est la condition nécessaire au mariage dont le but est la fondation d'une *famille ;* celle-ci n'est fondée qu'à la naissance des enfants. Le mariage jeune est excellent ; il doit être encouragé et facilité. Mais il ne faut pas se marier trop jeune.

La nubilité physiologique doit toujours être considérée. Mais *elle n'est pas la seule à envisager*. « Au point de vue sociologique et moral, écrit Léon Manouvrier, le mariage implique des conditions et une maturité qui rendent la question de nubilité beaucoup plus complexe. »

La législation du mariage ne tient pas de la nubilité le compte qu'elle devrait.

Parmi les quatre conditions positives qu'il faut réunir pour pouvoir se marier, est, d'après Julliot de la Morandière (1) l'age de la puberté légale ; le *Code Civil* édicte :

Article 144. — « L'homme avant dix-huit ans, la femme avant quinze ans révolus, ne peuvent contracter mariage. »

Article 145. — « Le chef de l'Etat peut accorder des dispenses d'âge pour des motifs graves. »

Le ministre de la Justice, dans une circulaire du 28 avril 1932, conseille de ne pas accorder de dispenses aux garçons avant dix-sept ans, aux filles avant quatorze, « à moins de circonstances tout à fait extraordinaires ».

Parmi ces circonstances est l'état de grossesse. Mais il faut être prudent et penser à un chantage possible ; le père putatif n'est pas toujours le père réel.

En tout état de cause, une décision ne devrait être prise qu'après une *expertise médicale*, qui dirait si les candidats au mariage sont ou non nubiles ou tout au moins présentent les aptitudes nécessaires à sa consommation.

L'Histoire de France contient nombre d'exemples de mariages de rois ou de princes célébrés avant la nubilité, et même avant la puberté.

L'énigme du mariage de Louis XIII (2) que j'ai essayé d'élucider par la chronologie de la puberté et de la nubilité, est particulièrement instructive.

Louis XIII épouse Anne d'Autriche le 25 novembre 1615. Ils sont âgés, l'un et l'autre, de 14 ans 2 mois.

Le soir de la cérémonie, Marie de Médicis conduit son fils dans le lit de la reine. Il ne se passe évidemment rien, car si la reine est pubère le roi ne l'est pas.

Dès lors, chacun vit de son côté. C'est seulement le 25 janvier 1619, trois ans et deux mois après le mariage que Louis se décide à accomplir l'acte marital. Il est âgé de 17 ans 4 mois. Il ne pouvait guère consommer le mariage avant cet âge, car, si sa puberté a évolué conformément à la chronologie moyenne, elle est à peine achevée et c'est seulement vers cet âge que les organes génitaux externes ont perdu leurs dimensions infantiles.

Mais Louis n'est pas nubile ; il ne procrée pas ; l'acte est prématuré. La reine ne devient enceinte que trois ans plus tard, quand le roi a 20 ans et a atteint l'âge de la nubilité. Cette première grossesse est interrompue par un accident.

Ensuite une série d'événements éloigne les époux. C'est seulement au début de décembre 1637 qu'une circonstance fortuite les rapproche. Neuf mois après, le 5 septembre 1638, naît le futur Louis XIV. Louis XIII a alors 37 ans. Un second fils, Philippe, naît le 21 septembre 1640.

Louis XIII n'était donc pas impuissant. Disons qu'il avait peu d'appétit sexuel.

Louis XIV paraît avoir eu une puberté plus précoce que son père. En 1654, quand il est dans sa seizième année, sa mère, Anne d'Autriche, charge de son initiation sexuelle sa première femme de chambre, Catherine Beauvais, personne expérimentée de 45 ans. La leçon plaît à Louis ; il la répète souvent, au hasard des rencontres, dans les couloirs et les jardins du Louvre, avec les servantes, les femmes de chambre, les jardinières et même les demoiselles et dames de la cour. Un jour, il rencontre du gonocoque et, au début de mai 1655, Antoine Vallot découvre chez lui ce qu'il appelle une « incommodité ». Il est âgé de 16 ans 8 mois (3).

(1) Julliot de la Morandière (Léon). *Précis de Droit Civil*. Septième édition. Dalloz, Paris, 1939, tome I.

(2) Nobécourt (Pierre). Une énigme de l'Histoire. Pourquoi Louis XIII n'a-t-il consommé son mariage que trois années après sa célébration ? *Académie de Médecine*, 13 octobre 1942.

(3) Nobécourt (Pierre). Antoine Vallot et l' « incommodité » de Louis XIV, en 1655. *Académie de Médecine*, 1er décembre 1942.

ACTUALITÉS

A PROPOS D'UN LIVRE DE M. G. RAMON

" *Vingt années de recherches immunologiques* "

(1922-1942)

L'élection à l'Académie des Sciences de M. G. Ramon, il y a quelques semaines, a été unanimement saluée comme un hommage de reconnaissance pour tout ce que lui doivent la biologie et l'immunologie contemporaines et pour tout ce que ses travaux ont apporté de moyens nouveaux et puissants à la prévention des maladies et à leur traitement curatif.

Dans un récent volume (1), M. Ramon vient de condenser, avec la précision qui lui est coutumière, la genèse et le développement de ses recherches. Et l'on doit admirer comment, en partant d'indices initiaux en apparence si minces, un esprit lucide et pénétrant a pu prévoir et mettre en lumière des conséquences théoriques et pratiques d'une telle ampleur qu'après vingt années écoulées il n'est pas sûr que nous en ayons recueilli tous les bienfaits. Non moins remarquable aussi est l'enchaînement harmonieux de ces recherches.

L'esprit de Pasteur y revit dans sa plus pure essence et l'on peut dire qu'elles sont une contribution nouvelle et splendide ajoutée par un Français à ce que la science française a déjà fait pour le bien de l'humanité.

Suivons l'auteur dans le rappel de ses recherches :

En 1922, M. Ramon, le premier, constate que dans un mélange de filtrat de bouillon de culture diphtérique et de sérum antidiphtérique se produit une floculation ; derrière cette apparence, il découvre bientôt une réalité : la saturation réciproque et complète de la toxine et de l'antitoxine diphtériques. La constance du phénomène l'amène à en faire le principe d'une méthode de dosage *in vitro* rapide, fidèle, précise et à tous égards supérieure au dosage biologique au moyen d'animaux de laboratoire seul praticable jusque là. On peut ainsi, selon les besoins, doser avec précision toxines ou antitoxines et cette technique s'est graduellement étendue à de nombreuses espèces bactériologiques ou toxiques. Elle est à l'heure actuelle d'une pratique courante dans les milieux scientifiques du monde entier.

En 1923, M. Ramon découvre la transformation par l'action conjointe et exactement dosée de la chaleur et du formol de la toxine diphtérique en un dérivé aux propriétés constantes qu'il dénomme anatoxine. De plus, il identifie bientôt ce phénomène comme cas particulier d'un phénomène plus général. Des propriétés des toxines originelles les anatoxines ont conservé : le pouvoir de floculer *in vitro* en présence de l'antitoxine correspondante ; l'activité immunisante *in vivo* ; elles ont, par contre, entièrement perdu la toxicité et la nocivité et ceci de façon irréversible.

Ces propriétés connues il a été possible à M. Ramon d'établir une méthode inoffensive et puissante de vaccination. La vaccination antidiphtérique est la plus ancienne et de pratique courante ; d'autres lui ont fait suite qui méritent la même faveur (tétanos) et l'ont en effet trouvée dans tous les pays.

L'innocuité des anatoxines a permis d'observer que certaines d'entre elles (staphylococcique) ayant engendré dans l'organisme un taux assez élevé d'antitoxine, il devenait possible d'atteindre avec l'anatoxine une action curative, de paralyser ou d'émousser l'action locale nécrosante des foyers microbiens et de permettre aux défenses normales de l'organisme d'agir en pleine puissance (anatoxithérapie).

La mise en action conjointe du sérum antitétanique courant, protection passive, temporaire et immédiate avec l'anatoxine, protection active, durable et différée mais succédant sans intervalle à la première, a permis la séroanatoxithérapie, à la fois traitement puissant d'un tétanos en évolution et protection à la fois immédiate et durable contre les accidents potentiels et les contaminations à venir ; semblable méthode est applicable à la diphtérie et à ses retours offensifs.

Enfin l'observation attentive et l'interprétation judicieuse de certains incidents (réactions et inflammations locales) de l'immunisation des animaux donneurs de sérum a été rendue possible grâce au phénomène de floculation. Le résultat des dosages a conduit M. Ramon à imaginer d'employer certaines substances, non immunisantes par elles-mêmes, pour aider et stimuler l'immunisation. Leur action irritative locale augmente l'action de l'anatoxine qu'on injecte en même temps qu'elles. Une même dose d'antigène donne ainsi naissance à une quantité d'antitoxine plus grande ; une quantité égale est engendrée par un antigène moins abondant, donc avec moins de risques et plus vite. Effet particulièrement appréciable pour des sérums antivenimeux obtenus par anavenins, ou pour des sérums de haute puissance antitoxique et protectrice et peu sensibilisants. La floculation permet d'en connaître avec grande précision la puissance et la posologie.

Parmi ces stimulants de l'immunité prennent place les anatoxines les unes vis-à-vis des autres, les vaccins non-anatoxiques (T. A. B.), les sérums courants ; leurs actions respectives se renforcent et l'on peut ainsi, dans un délai minimum, réaliser des vaccinations associées aussi fidèles ou même plus que les vaccinations séparées.

Ces méthodes, tant en médecine humaine qu'en médecine vétérinaire, sont d'une heureuse fécondité : gangrène gazeuse, botulisme, dysenterie, vaccine, charbon, fièvre aphteuse, rouget du porc, anavirus, anavenins stimulés prennent un intérêt pratique grandissant.

Ainsi se constitue, à côté des vaccinations pastoriennes et jennérienne et en contraste avec elles, une « vaccination chimique », qu'autrefois déjà Pasteur, Roux, Yersin appelaient comme un progrès désirable ; ainsi réussit-on à se protéger contre les toxi-infections, demeurées encore redoutables. Ainsi évite-t-on de recourir à des germes vivants dont l'atténuation la plus effective n'enlève jamais la crainte de reprises imprévues de nocivité.

Grâce à un admirable enchaînement de recherches, on voit se confirmer de fécondes hypothèses sur l'immunité antitoxique naturellement acquise, sur la « contagion de l'immunité par la contagion de l'infection », sur l'élaboration générale et non pas uniquement locale et tissulaire de l'immunité. Parallèlement, prennent place parmi les souvenirs historiques, diverses théories biologiques ingénieuses de l'immunité qui avaient épuisé leur bienfaisance initiale et tendaient par leur survivance à entraver les progrès désirables.

R. Levent.

(1) Un vol. in-8°, 190 pages. Paris, 1943, Anc. Imprimerie de la Cour d'Appel.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 27 juillet 1943

Notice. — M. Pierre Mocquot lit une excellente notice nécrologique consacrée au professeur Francesco Dominguez (de La Havane), associé étranger.

Tuberculoses chirurgicales. — M. Richard, dans une note présentée par M. Bezançon étudie la place des tuberculoses chirurgicales et des tuberculoses mixtes dans l'organisation sociale et technique du traitement de la tuberculose. L'auteur fait remarquer que les tuberculoses chirurgicales sont en augmentation. Avant la guerre il existait de nombreux centres thérapeutiques aujourd'hui disparus. Si nous possédons le magnifique centre de l'hôpital Raymond-Poincaré, à Garches, nous sommes aussi obligés de constater que la question climatique, très importante, reste malheureusement en suspens. L'auteur insiste en terminant sur l'importance de la réadaptation dans les tuberculoses chirugicales.

Une épidémie de fièvre typhoïde dans les Bouches-du-Rhône. — M. Lemierre apporte une note de M. Violle qui montre à quels dangers s'exposent les riverains des canaux d'arrosage (il s'agissait d'un canal en dérivation de la Durance) en utilisant ces eaux comme eau de boisson.

L'auteur insiste pour que soient exécutées toutes les mesures que la loi impose aux communes.

Lorsque les eaux ne peuvent être filtrées et javellisées correctement, il faut penser au plus pressé et chlorer toutes les eaux destinées à l'alimentation. Cette dernière méthode est la moins onéreuse de toutes.

En terminant M. Violle déclare que la mesure essentielle primordiale à prendre dans un pays où la maladie sévit à l'état endémique, et c'est le cas dans la région méditerranéenne, est la vaccination antityphoïdique. Les deux conclusions de M. Violle ont reçu l'approbation unanime de l'Académie.

Dystrophies héréditaires. — M. d'Heucqueville apporte une explication mandélienne des dystrophies héréditaires (hérédo-alcoolisme, hérédo-syphilis, hédéro-tuberculose, etc.). Il en tire des conclusions pratiques.

Autres communications. — Le programme de cette dernière séance comportait encore un certain nombre de communications.

Mécanisme de la mort subite provoquée par la strophantine. Action empêchante de l'atropine. — M. Danielopolu.

Etude d'un microsporum parasite de l'enfant. — MM. A. et R. Sartory et P. Anselm.

Etudes sur le poids, la taille et le périmètre thoracique des adolescents. — M. Guillaume. (Présentation faite par M. Balthazard.)

Prophylaxie de la tuberculose pulmonaire dans un camp d'officiers prisonniers. — M. Bidou. (Présentation faite par M. Rist.)

Transfusion sanguine et bombardements aériens. — MM. Ringenbach et Mandillon.

La rareté actuelle de la néphrite scarlatineuse. — M. Brelet.

Le traitement des plaies par les plaques d'aluminium correspond à une auto-oxygénothérapie locale. — M. Brunati.

Vacances. — La prochaine séance publique aura lieu le mardi 5 octobre. Pendant les mois d'août et de septembre la commission dite « des vacances » se réunira tous les mardis.

SOCIETE DE PEDIATRIE

Séance du 15 juin 1943

Accident d'allure occlusive par adénite mésentérique chez le jeune enfant. — M. Oberthur et Mme Odier-Dollfus rapportent deux observations d'enfants de 14 mois et 4 ans opérés de syndromes addominaux douloureux à crises paroxystiques avec contracture abdominale. Il n'y avait dans les deux cas qu'une adénopathie généralisée du mésentère, non tuberculeuse, et sans doute consécutive à une infection intestinale banale.

A propos du pronostic des diphtéries malignes. — MM. Giraud, Senez et Marcorelles attribuent une valeur certaine à l'électrocardiogramme et à l'azotémie.

Polydysplasie ectodermique congénitale. — MM. M. Lelonc, Dechaume, Vialatte et Charousset présentent un jeune garçon de 7 ans, à cheveux clairsemés, fins, secs, avec zones d'alopécie en aire ; les sourcils sont rares ; il n'y a sur la peau ni poils, ni duvets. Les anomalies dentaires sont importantes : 8 dents seulement à la mâchoire supérieure et 6 à l'inférieure, toutes déformées et atrophiques. La sudation est diminuée. Ce cas est superposable à ceux qu'a fait connaître Touraine en 1936.

Un cas d'absence congénitale du poumon gauche. — MM. M. Lelong, Lemoyne, Charousset et Lance présentent un nourrisson de 26 mois porteur d'un bec-de-lièvre chez qui ils ont constaté une absence totale du poumon gauche. L'épreuve du lipiodol a montré l'absence d'arbre bronchique gauche et un foyer de bronchectasie droite. La croissance est retardée et peut faire prononcer le mot de nanisme pulmonaire.

Epingle de sûreté ouverte pointe en haut dans l'œsophage d'un nourrisson de 7 mois. Extraction endoscopique. — M. M. Ombrédanne a délibérément refoulé le corps étranger dans l'estomac, l'y a fait « virer » et l'a ensuite facilement retiré pointe en bas.

Réticulo sarcome du fémur. — M. Barcat.

Maladie de Bouillaud ab-articulaire. — Ce cas rapporté par MM. Janbon, Chaptal et Cazal, se traduisit par une péritonite, une pleurésie et une endocardite et finit par céder à l'absorption de 10 gr. de salicylate pendant 80 jours.

Emphysème sous-cutané généralisé dans la diphtérie laryngée. — MM. Janbon, Chaptal et Andreani croient qu'il est consécutif à l'obstruction bronchique par les fausses membranes. Il se développerait des bulles d'emphysème qui crèveraient et laisseraient ensuite fuser l'air dans le médiastin.

Vacances. — Il n'y aura plus de séance avant le mois d'octobre.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

29 *juin.* — M. Lancien. De l'atteinte de l'encéphale au cours de la fièvre typhoïde. — M. Pillot. Du début pseudo-polynévritique de la maladie de Charcot. — M. L'Henoret. Sur l'aliénation mentale dans le département d'Ille-et-Vilaine depuis 1920 jusqu'à 1942. — M. Gayat de Wecker. Des réactions tumorales à myéloplaxes. — M. Huber. Un cas de dyspnée laryngée par kyste congénital. — M. Meunier. Sur les formations polypoïdes de la commissure antérieure du larynx. — M. Perrimond. D'un cas de fistule auriculaire complète. — M. Therianos. Les thérapeutiques biologiques en stomatologie. — M. Juibert. Des tumeurs conjonctives bénignes intra-thoraciques. — M. Lejards. Aspiration endopleurale continue, notamment au cours de la section des brides pleuropulmonaires dans les pneumothorax thérapeutiques. — Mlle Renodier. De l'étranglement interne à travers une brèche du grand épiploon. — M. Sevaux. Sur un cas de péritonite aiguë. — M. Fressinaud-Masdefeix. Facteurs étiologiques en pathologie coronarienne. — M. Buffet. La fièvre typhoïde dans le département de la Somme de 1921 à 1943. — Mlle Thévenot. Du zona ophtalmique d'origine traumatique. — M. Marchenay. Le régime sec dans le traitement de l'insuffisance cardiaque. — M. Hibon. Les tachycardies paroxystiques neurofonctionnelles d'origine anaphylactique. — M. Henry. Le baron Nicolas Heurteloup. — M. Denais. Sur les calcifications des symphyses du péricarde. — M. Ancillai. Du cœur dans l'hyperthyroïdie. — M. Charbonnier. Danger de la suture pariétale dans les appendicites drainées. — M. Claracq. La chirurgie chez les hémophiles. — M. Feldmann. Les résultats éloignés de la résection endoscopique dans le cancer de la prostate. — M. Guilbaud. D'un cas de dilatation aiguë spontanée de l'estomac. — M. Mohamed Roza Pava. Les hernies obturatrices. — Mlle Balter. La pustulose varioliforme aiguë. — M. Demelmans. Les huiles de dyphénylacétylène dans le traitement de la gale. — M. Beugnon. La sebocystomatose. — M. Brunet. Du traitement des érythrodermies arsénobenzoliques par les sulfamides. — M. Chiron. L'eczéma dans le cadre des tuberculoses atypiques. — M. Taillanter. Principe du renforcement de l'action des sulfamides par les colorants vitaux. — M. Michard. Du comportement mental du syphilitique en présence de sa maladie. — Mlle Gevaudan. Des perturbations de l'instinct maternel chez les déséquilibrées. — M. Jacquet-Lagrèze. D'un cas de maladie de Besnier-Bœck-Schaumann à forme tumorale. — Mlle Jarry-Malherbe. De l'acanthosis nigricans. — M. Martel. Traitement du lupus érythémateux par les sels d'or intradermiques. — M. Monsallut. Sur quelques produits volatils organiques et leur emploi comme parasiticides. — M. Farkas. Un diagnostic précoce de la forme endocervicale du cancer du col utérin. — M. Ledu. De la maladie de la Peyronie.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

La crampe des écrivains est-elle une affection organique ? par André-Thomas et J. de Ajuriacuerra. *La Presse Médicale*, 10 juillet 1943.

La pathogénie de la crampe des écrivains est demeurée obscure. Une récente observation a confirmé les auteurs dans la conception que l'un d'entre eux avait antérieurement énoncée. Chez leur malade ils ont observé, en plus de la crampe elle-même, une extension du trouble à d'autres mouvements et même à des attitudes du corps, extension qui décèle un trouble dans le jeu des agonistes et des antagonistes que met en jeu, avec des variations et inversions fréquentes et successives l'exécution de mouvements très précis.

La conception des auteurs demeure valable malgré la dissemblance entre les individus de l'écriture et des gestes qui s'y rapportent.

Il leur semble que plutôt que d'une lésion localisée il s'agisse d'un trouble dans la fonction de certains centres par dérèglement et hyperfonction sans lésion même fine des fibres ou des cellules.

Cette dystonie à la fois passive et active, statique et cinétique, s'apparente aux dystonies d'attitude et à d'autres crampes professionnelles. Elle peut même, chez certains sujets, ne pas demeurer étroitement spécialisée. D'où la gravité du pronostic que tempèrent un peu la précocité et le choix judicieux des méthodes de traitement et de rééducation.

R. L.

Poumons d'acier et respiration artificielle, par le Prof. Léon Binet et Madeleine Bochet. *La Médecine*, n° 6, juin 1943.

Au moment où certains hôpitaux de Paris et de la province vont être pourvus du poumon d'acier, le travail des auteurs vient rappeler très utilement les principes de l'appareil et ses conditions d'utilisation.

Mentionnons tout de suite que l'hôpital Necker, à Paris, possède une réserve de poumons d'acier et qu'un certain nombre, cinq, si nous ne nous trompons, sont réservés pour les appels d'urgence, en même temps qu'une infirmière spécialisée vient installer l'appareil. Ajoutons que des appareils se trouvent également en province, notamment à Montpellier, Marseille, Lyon, Nancy, Lille, Bordeaux. Ces villes sont pourvues chacune de deux appareils.

Le principe de l'appareil est « d'entretenir une respiration artificielle par un procédé qui se rapproche de la physiologie normale. Une dépression de quelques centimètres d'eau alterne avec la pression atmosphérique — parfois avec une très légère pression positive — à la cadence de la respiration normale, dans une capacité rigide comprenant le corps du sujet, sauf la tête qui émerge à l'extérieur, à travers un diaphragme de caoutchouc souple.

« Durant la phase de dépression, la cage thoracique s'agrandit, les poumons se dilatent ; ils vont passivement se dégonfler dans la période de rétablissement de la pression atmosphérique... »

L'inventeur du poumon d'acier fut un Français, Woilliez, médecin de l'hôpital de la Charité. En 1876, il présenta son appareil à l'Académie de Médecine. Il l'appelait le « Spirophore ». Cet appareil remplissait toutes les conditions nécessaires pour le bon fonctionnement d'un poumon d'acier. Il était actionné à la main.

L'appareil de Drinker et Schaw qui date de 1929 et fut présenté sous le nom de « Respirator » est actionné par l'électricité. Cet appareil a été l'objet de nombreux perfectionnements tant en France qu'à l'étranger.

M. le Prof. Binet a réalisé de son côté un appareil portatif qui répond bien aux appels d'urgence en vue d'un traitement temporaire.

Nous ne pouvons que mentionner cet appareil qui mériterait une longue description.

Les indications du poumon d'acier sont celles de tout traitement des asphyxies accidentelles ou pathologiques entraînant l'inertie des muscles respiratoires. Le poumon d'acier est jusqu'ici un dispositif de clinique et ne dispense pas de pratiquer *avant tout*, en cas d'urgence, la respiration artificielle manuelle (Sylvester ou Schaefer) et l'oxygénothérapie.

M. L. S.

Aspects cliniques de l'encéphalite typhoïdique, par MM. M. Janbon et J. Chaptal. *Société des Sc. Méd. et Biol. Montpellier*, 5 mars et 7 mai 1943.

I) *Formes extra-pyramidales.* — Les auteurs rapportent dix observations d'encéphalite typhoïdique à forme mésocéphalique, dans lesquelles s'associaient diversement : hypertonie extra-pyramidale, tremblement, mouvements choréo-athétosiques, spasmes des oculogyres, paralysies nucléaires des yeux. Dans quelques cas sont relevées des perturbations vaso-motrices et sudorales, ainsi que des escarres sacrées, rapidement extensives. La persévération cataleptique des attitudes a été notée chez deux malades.

Les auteurs insistent en outre sur la constatation fréquente d'une augmentation paradoxale de la tension artérielle, s'élevant, au moment des accidents encéphalitiques, de 3 à 4 cm. au-dessus des chiffres antérieurement notés, malgré la rapidité de pouls et l'altération de l'état général.

Ces encéphalites se sont développées six fois d'emblée, quatre fois secondairement, mais dans ces cas toujours au début d'une recrudescence fébrile ou d'une rechute. Le pronostic redoutable de cette complication s'est trouvé vérifié : 8 cas mortels sur 10.

II) *Formes psychosiques.* — Sur 450 cas de fièvre typhoïde observés en dix ans, les auteurs relèvent 11 observations d'encéphalite psychosique (soit 2,5 p. 100). La plupart concernent des délires aigus incohérents ou systématisés ; un cas se présente comme une encéphalite azo-

témique (5 gr. 20 d'urée sanguine). On note un cas de suicide par pendaison et une tentative de suicide dans une forme anxieuse. Deux malades présentèrent un état durable de déficience mentale accentuée. Il existait des altérations discrètes du L. C. R. et, dans cinq cas, des troubles neurologiques associés : signe de Babinski, mouvements choréo-athétosiques, parésie faciale.

Il faut noter la très forte prédominance d'adultes : 10 cas entre 19 et 36 ans, pour un chez une fillette de 11 ans, et la fréquence plus grande dans le sexe féminin. Tous les faits relatés relèvent du bacille d'Eberth.

Le pronostic s'est avéré nettement moins sombre que celui des formes hypertoniques : 4 morts sur 11. Des séquelles ont été relevées dans 3 cas : séquelles mentales et neurologiques (démarches ébrieuse, parésie amyotrophique de la main).

III) *Formes à expression méningée.* — Ces faits se caractérisent cliniquement par un tableau méningé exclusif ou prédominant ; le L. C. R. peut être normal, présenter une lymphocytose moyenne ou discrète, ou même une réaction puriforme ; mais il est toujours stérile, et le taux du glucose y est au moins normal. Les auteurs en rapportent 14 cas (3,1 p. 100 de l'ensemble de leurs fièvres typhoïdes) qui peuvent être ainsi classés :

1.) *Formes méningées pures* ; 2) *formes méningées avec troubles psychiques* ; 3.) *formes à type de coma méningé* ; 4.) *formes méningées avec signes neurologiques associés.* La plupart se sont comportés comme des formes précoces, entrant dans le cadre de l'ancien « méningo-typhus ».

Ces faits, tous dus au bacille d'Eberth, ont été observés avec une électivité marquée dans la deuxième enfance : 10 observations (sur 14) entre 7 et 14 ans, et plus souvent chez les garçons.

Le pronostic d'ensemble est favorable : 13 guérisons (le seul cas mortel comportait une paralysie du M. O. C.). Cette donnée s'oppose à la notion classiquement admise de la signification fâcheuse, dans la fièvre typhoïde, de la contracture rachidienne. En réalité, un syndrome méningé, même avec réaction lymphocytaire (*aseptique*) ne doit pas être tenu en soi comme un élément de gravité ; ce qui conditionne cette dernière, ce sont les autres manifestations encéphalitiques (psychosiques, cérébelleuses, corticales, extra-pyamidales surtout). M. L.

Restrictions alimentaires et test de l'héméralopie, par MM. G. Mouriquand et J. Rollet. *Diagnostics et traitements*, T. II, n° 2, février 1943, p. 112.

L'héméralopie constitue un des signes les plus précoces de l'avitaminose A. Les auteurs l'ont recherchée systématiquement sur 153 enfants de 8 à 12 ans. 12 % présentaient de l'héméralopie (ces enfants avaient reçu du lait, du beurre et des bonbons vitaminés), et sur 83 sujets âgés de plus de 14 ans, atteints de troubles divers (pellagre, engelures, œdème des membres) 30 % de ces derniers présentaient de l'héméralopie.

Une telle proportion mérite de retenir l'attention. Si elle ne permet pas de conclure à la responsabilité unique de la carence en A, on peut estimer que les troubles observés sont dus à une « insuffisance des matières grasses, puisque ce facteur lipo-soluble est surtout abondant dans ces dernières ». M. L. S.

L'asthme essentiel et sa guérison durable par la psychothérapie, par Julius Naber. *Zentralblatt fur innere Medizin*, 2 janvier-9 janvier 1943.

Vingt ans de pratique de l'asthme et l'expérience personnelle appuyée sur des cas très nombreux ont donné à l'auteur son opinion définitive sur les traitements plus couramment pratiques. En ce qui concerne la thérapeutique spécifique l'engouement du début est tombé et après un premier succès de ce traitement les récidives sont constantes ; le nombre des allergènes possibles et des agents déclenchants a été ridiculement exagéré.

Pour l'auteur, dans un grand nombre de cas sinon toujours, l'origine est dans une cause psychique ; il s'y associe des réflexes partant non seulement de la muqueuse respiratoire mais de nombre d'autres organes, y compris les glandes endocrines. La rémission de l'asthme pendant les accidents fébriles tient seulement à ce que d'autres soucis priment la cause qui déterminent habituellement les crises. L'élément vagosympathique n'est qu'un chaînon intermédiaire. Le domaine psychique est le seul point de commande de toutes ces fonctions d'où l'on puisse, à coup sûr, agir efficacement sur toutes.

L'auteur apporte à l'appui de cette conception un certain nombre de cas personnels et insiste sur la convenance de ce mécanisme avec les formes de l'asthme qui sembleraient y contredire. L'asthme en temps de guerre disparaît chez les militaires affectés à un poste qui convient à leurs aptitudes. L'asthme infantile est influencé par la psychothérapie appropriée appliquée aux parents.

C'est en effet la psychothérapie sous forme psychanalytique qui a donné à l'auteur tous ses succès. R. L.

Production d'aérosols à micelles liquides pour thérapeutique transpulmonaire. — M. P. Bruère (*Société de Thérapeutique*, séance du 10 mars 1943). — Les *aérosols* sont des systèmes colloïdaux dont l'*air* est le milieu de dispersion ; les micelles sont *solides* (fumée de tabac) ou *liquides* lorsqu'il s'agit de solutions médicamenteuses ou germicides. La transformation en micro-brouillards doit être *sélective* (c'est-à-dire exempte de fines gouttelettes mouillantes) dans la thérapeutique transpulmonaire, qu'il s'agisse d'effets généraux (hyper et hypotenseurs, excitants, dépresseurs, etc.), ou locaux.

M. P. Bruère a présenté un générateur-sélecteur dont les micro-filtres ne laissent passer que les micelles et dont le diamètre ne dépasse pas le dixième de micron (0,1μ) et met en relief les nombreux avantages de cette forme thérapeutique nouvelle qui mérite de retenir l'attention du coprs médical et pharmaceutique. G.

L'ail contre la malaria. Crucilla (*Forze Sanit.*, 15 ott. 1942. — *Anal. in Revista di Malariologia.* Sett. ott. 1942).

On sait que l'ail a été préconisé dans les cas les plus variés : tuberculose pulmonaire, infections pulmonaires, dysenterie, entérites infectieuses, hypertension, etc. La quinine étant rare, il a paru intéressant à l'auteur d'essayer l'ail contre la malaria. Il a traité 18 paludéens ; 15 *per os* (avec de petits fragments d'ail, pris en macération dans de l'eau sucrée) et 3 par voie intramusculaire. Dans ce cas, il fait une injection par jour, une heure avant l'accès, avec une solution contenant 1 gr. de substance active.

L'auteur n'a pas constaté d'intolérance. L'haleine alliacée seule incommodait les malades. Chez tous il a constaté une action hypotensive très nette pendant les 8 à 10 premiers jours, et qui disparaissait à la fin du traitement. L'action est manifeste sur le *Plasmodium vivax.* Elle fut nulle sur le *P. fulciparum.* G.

Contribution à l'étude du traitement des affections rhumatismales par des injections locales. E. Vaubel. *Zentralbl. f. inn. Medizin*, 11 juillet, 18 juillet, 25 juillet 1942.

Cette méthode peu pratiquée par les médecins est à certains égards plus précise que les médications générales du rhumatisme chronique.

Divers moyens sont mis en œuvre et divers buts recherchés ; on peut avoir recours à l'hyperhémie passive ou active comme adjuvant d'ionisation ou d'applications médicamenteuses locales, mais ce sont les injections *in situ* qui sont les plus intéressantes.

La douleur est une indication cardinale de la méthode. On injecte tantôt des anesthésiques (anesthésie d'infiltration), tantôt des produits irritants dont la présence provoque une inflammation temporaire bénigne, mais tendant à la résolution. Dans d'autres cas, on cherche à modifier le pH des tissus pour influencer leur métabolisme de résorption ou l'élimination des déchets : on peut ainsi favoriser cette élimination en injectant des substances protéolytiques.

Il faut toujours tenir compte d'une stimulation temporaire des accidents rhumatismaux par le traitement lui-même, mais celle-ci est rapidement suivie d'une détente favorable.

Certains produits semblent particulièrement à retenir : histamine, venin d'abeilles, acides étendus, huiles éthérées, camphre, iode organique.

On doit, d'une manière générale, écarter tous les produits qui donnent des réactions trop violentes ou trop prolongées. Il faut aussi se garder d'agir à l'intérieur de la synoviale, le point de départ des douleurs étant presque toujours extra-articulaire.

Il faut enfin employer des préparations stables et d'absorption lente afin de prolonger un temps suffisant l'action du médicament. R. L.

THÈSES DE PROVINCE (1)

THESES DE MEDECINE DE LYON

Année scolaire 1940-1941

Doctorat d'Etat : 76 thèses numérotées de 1 à 76 inclus ; doctorat d'Université : 9 thèses numérotées de 554 à 562 inclus. Au total : 85 noms.

26. — ANGEL. *Les troubles cardiaques d'origine hyper-thyroïdienne.*

60. — BACHET. *Traitement des épanchements purulents (pleurésies et méningites) à streptocoques par les sulfamides chez l'enfant.*

36. — BALLIVET. *Les gliomes des hémisphères cérébraux sans hypertension intracranienne.*

37. — BALVET (Mme) née THIÉBAUT. *De l'organisation d'un service d'insulinothérapie (par la méthode de Sackel) et de narcothérapie dans un hôpital psychiatrique rural.*

17. — BARAUDOU. *Les tuberculoses chirurgicales post-traumatiques. Etude médicolégale.*

56. BARDONNET. *La désarticulation de la hanche.*

57. — BARET. *De la castration radiothérapique comme complément de traitement après l'opération de Halstedt pour cancer du sein chez la femme non ménopausée.*

42. — BARUT. *Le phénomène cyclique du moteur oculaire commun.*

61. — BAUCHU. *Etude tomographique des infiltrats dits inter-cléido-hilaires.*

55. — BAUD (Mme), née ARNAUD. *La morphinisme du nouveau-né.*

32. — BÉGULE. *Purpuras hémorragiques par intolérance à l'allyl-isopropyl-acétyl-carbamide (sédormid).*

70. — BIZEAU. *Contribution à l'étude de la diphtérie cutanée. A propos de deux observations de panaris diphtérique.*

51. — BLANCHARD. *Les lésions myocardiques par traumatismes non pénétrants du thorax et leur traduction clinique.*

21. — BODENREIDER. *Considérations sur le traitement des fractions spiroïdes fermées de la jambe en général et sur leur traitement par l'ostéodèse en particulier.* (A propos des cas traités dans un hôpital d'évacuation secondaire pendant la guerre 1939-1940).

18. — BONDET. *Emploi thérapeutique de l'ultra-filtrat de différents liquides organiques.* (Travail du Service de dermato-syphiligraphie de l'Antiquaille : Dr Gaté).

10. — BONNET. *Le bloc sino-auriculaire.*

15. — BONNORONT (Mlle). *Les péricardites tuberculeuses à épanchement chez l'adulte après cinquante ans.*

U. 559. — BOYADJIEFF. *Contribution à l'étude des fractures isolées avec enfoncement de l'apophyse zygomatique.*

28. — BRENOT. *Sur le mécanisme de l'action bactéricide d'un colorant antiseptique.*

43. — BRUN. *Contribution à l'étude de la rechute dans la pneumonie infantile.*

20. — CAVAILHER. *La vessie labétique.*

11. — CHAYVIALLE. *Les calculs de l'extrémité inférieure du cystique à symptomatologie cholédocienne par compression mécanique de la voie principale.* [Etudiant de la Faculté de Lille.]

13. — CORNU (Mlle). *Chronologie des cardiopathies au cours de l'évolution générale de la maladie de Bouillaud.*

38. — CUVÉREAUX. *De l'infiltration anesthésique du splanchnique et du sympathique lombaire dans le mégacôlon et le dolichocôlon.*

3. — DÉPLANTE. *Méthodes, indications et résultats dans le traitement du cancer du corps thyroïde.*

1. — DIDIERLAURENT. *Contribution à l'étude des septicémies à bacillus funduliformis.*

69. — DONIN DE ROSIÈRE (Mlle). *Le syndrome pulmonaire de Löffler par ascaridiose.*

40. — DUMAS. *Le « traitement-minute » de la blennorragie aiguë par le 2-(p-amino-benzène-sulfamido-thiazol) ou 2090 RP.*

75. — ECHAMPE. *Sept observations de brides vaginales observées au cours de l'accouchement à la Clinique obstétricale durant ces quatre dernières années.*

73. — EMERIC. *Contribution à l'étude du pronostic et de l'évolution de la démence précoce et des schizophrénies.*

45. — EYSSAUTIER. *L'arthrite suppurée de la symphyse pubienne d'origine puerpérale. Etude anatomique et clinique d'après cinq observations personnelles.*

24. — GALLAVARDIN. *Aran-Duchenne saturnin. Considérations sur les paralysies saturnines.*

25. — GALY. *Epituberculoses. Atélectasies. Disséminations pulmonaires bronchogènes d'origine ganglionnaire au cours de la tuberculose intrathoracique primo-secondaire de l'enfant.*

33. — GENOUD. *Contribution à l'étude des cirrhoses familiales.*

U. 555. — GHANIM (El Sayed Adbel Hafiz). — *L'orientation professionnelle. Principes. Méthodes et résultats d'après l'expérience de l'Office d'Orientation Professionnelle de Lyon.*

7. — GIANNOLI. *Du traitement de l'anthrax du rein par l'excision et l'essorage.*

U. 562. — GLUCKSTERN (Mlle). *Contribution à l'étude de la sténose bronchique dans le cancer primitif du poumon.*

72. — GODINOT. *Les formes localisées de la maladie osseuse de Paget. (Remaniement pagétoïde localisé des os.)*

16. — GOURSOLLE. *Influence des irradiations solaire et ultra-violette sur la tuberculine et les réactions cutanées tuberculiniques.* (Travail du Service de médecine de l'hôpital Renée-Sabran : Dr Ambert).

58. — GRASSIOULET. *A propos de sept observations de déchirures vaginales importantes au cours d'application de forceps.*

39. — GUILLEMIN. *L'hystérectomie vaginale.*

47. — HUTINEL. *Traitement chirurgical des kystes congénitaux du poumon.*

19. — JACQUIS. *La lipomatose symébrique multinodulaire aiguë. A propos d'une observation inédite.*

71. — JANDOT dit DANJOU. *Contribution à l'étude de la dysplasie périostale, ostéogénèse imparfaite congénitale.*

9. — JOUD. *Les luxations carpo-métacarpiennes, luxations trapézo-métacarpiennes exceptées.*

31. — LACAZE (Mlle). *Le signe du lacet au cours de l'hypertension artérielle. Séméiologie et valeur clinique.*

44. — LAFEUILLE. *Contribution à l'étude des ictères graves de la spirochétose.*

68. — LEHEC. *Contribution à l'étude du pronostic et du traitement des laryngites suffocantes sous-glottiques de l'enfance.*

65. — LIEBER. *Maladie du col vésical chez la femme. Son traitement par voie endo-urétrale.*

U. 556. — LUBONJA (Koço). *Sur la maladie cœliaque. Infantilisme intestinal Gee-Herter-Heubner.* (Travail de la Clinique Infantile du Prof. Mouriquand.)

22. — LUGAND. *Les néphrites allergiques.*

12. — MATHIEU (Mlle). *Sur l'anaphylaxie majeure au lait chez le nourrisson. Etude critique.*

4. — MEYER. *La dystocie dans les différentes races algériennes. Statistique de la Maternité de Constantine du 1er septembre 1937 au 1er septembre 1939.*

2. — MICHALLON. *Les complications méningées (hémorragies exceptées) dans les traumatismes fermés du crâne.*

49. — MICHELLAND. *La grossesse au cours de l'hypertension artérielle solitaire.*

67. — MILLET. *Trois cas d'effondrement de la tension minima au cours du traitement spécifique d'insuffisances aortiques syphilitiques.*

U. 554. — MOUSSAD-RIZK (Fahmy). — *Rapports entre angor pectoris et anémie. Les angors d'origine anémique.*

5. PACHOUD. *Les images radiologiques micro-nodulaires du poumon cardiaque.*

34. — FACTUS. *Contribution à l'étude de la thérapeutique des pieds gelés par les injections intra-artérielles de novocaïne.*

52. — PARIENTÉ. *La forme rectale de la recto-colite hémorragique.*

74. — PÉRENIN. *A propos de deux observations d'anémie hypochrome au cours de la grossesse.*

59. — PICARD (Dominique). *Sur la myélose érythémique aiguë (maladie de Di Guglielmo). Etude critique de quelques syndromes érythroblastiques aigus ou subaigus.*

41. — PICARD (Pierre). *Contribution à l'étude du test psychologique de Rorschach.*

50. — FONTÉFRACT. *Contribution au diagnostic clinique et radiologique du cancer cavitaire du poumon.*

66. — RAJAOFERA. *Contribution à l'éude des helminthes chez les mineurs du bassin de Saint-Etienne (ankylostomes exceptés).*

35. — REDON. *L'infiltration du sympathique lombaire dans le traitement de la colique de plomb.*

14. — RIÉ (Mlle), née HAHN. *Sur la maladie de Still dans l'enfance.*

27. — ROUMILHAC. *La respiration saccadée chez les tuberculeux. Contribution au diagnostic de la symphyse pleurale.*

53. — ROUSSELIN. *A propos de quelques cas de fausses tuberculoses observés dans la pratique sanatoriale.*

U. 558. — SALAMON (Mlle). *Hystérectomie en bloc dans les présentations de l'épaule négligées.*

U. 557. SOUROUR (Aziz). — *Le traitement des scepticémies puerpérales par l'injection intraveineuse continue goutte à goutte de sérum glucosé alcoolisé. A propos de deux nouvelles observations.*

(1) Cf. *Gaz. Hôp.*, 1943 : *Thèses de Montpellier* (années 1940-41 et 1941-42), p. 90. — *Bordeaux* (1941-42), p. 123. — *Marseille* (année 1941), p. 123. — *Nancy* (année 1941-42), p. 124. — *Lille* (années 1940-41-42), p. 201. — *Marseille* (année 1942), p. 220.

76. — SUSINI. *La statistique scapulo-humérale et l'esthétique dans les thoracoplasties d'indication pulmonaire de l'adulte.*
29. — THOLON. *Etude sur 204 observations d'opération césarienne basse conservatrice.*
23. — TISSOT. *Indications thérapeutiques dans l'évolution éloignée de l'hémothorax traumatique.*
30. — TROCMÉ (Mlle). *Faut-il étendre les indications du pneumothorax aux formes apparemment bénignes de la tuberculose pulmonaire ?*
8. — TROUILLER. *Le virus de Paul Durand. Nouveau virus filtrant à affinités méningée et pulmonaire pathogène pour l'homme et les animaux de laboratoire.*
64. — TRUCHET (Mme), née BÉRARD. *Place actuelle de l'ostéotomie sous-trochantérienne dans le traitement des luxations congénitales invertébrées de la hanche.*
54. — VACHON (Mme), née CHRISTOPHE. *L'antipyrine, médication héroïque du rhumatisme articulaire aigu.*
48. — VANNEY. *La section du nerf obturateur dans les arthrites chroniques de la hanche. Ses résultats éloignés.*
62. — VILLARD. *Les anomalies du cycle de l'infection tuberculeuse.*
U. 561. — VOLOCH (Mme), née RAUCHBACH (Jeannette). *Sur la familiarite dans la sténose hypertrophique du pylore chez le nourrisson.*
46. — VOLOCH (Osias). *Contribution à l'étude clinique et pathogénique de la lymphadénie tuberculose. A propos d'une nouvelle observation.*
6. — VORILHON. *Les tumeurs mélaniques du repli semi-lunaire.* (Travail de la Clinique ophtalmologique du Prof. P. Bonnet.)
63. — WELSCH. *De l'emploi de la grande curette de Wallich dans le traitement de certaines hémorragies graves et tardives du post-partum.*
U. 560. — ZEWAR. *Aphasie et gaucherie cérébrale.*

LIVRES NOUVEAUX

La femme sous le climat de la côte d'Azur, par le Dr Pierre GASQUET (Nice), chirurgien honoraire des Hôpitaux de Monaco et Menton, membre fondateur de la Société Française de Gynécologie. 135 pages, in-8° carré. A l'Expansion Scientifique Française, 23, rue du Cherche-Midi, Paris (6e). Prix : 35 francs.

Cet ouvrage sort des terrains battus, tant par la spécification d'une variante localisée du climat méditerranéen que par sa conception nouvelle et la spécialisation de ses effets étudiés sur le sexe féminin. Mettant en relief l'influence « du milieu où l'on vit », il entre dans le domaine du néo-hippocratisme.

Son originalité réside surtout dans l'essai de différenciation bien précisée des effets climatiques sur les autochtones et les importées non adaptées. Cela permet une orientation logique de la cure climatique en rapport avec le « terrain individuel ».

La météorisation locale est envisagée séparément dans ses divers éléments et synthétiquement dans ses effets sur la biopathologie féminine. L'étude se poursuit par un essai de déterminisme féminin climatique avec sa résultante sur la morphologie, le tempérament et le psychisme, ensemble aboutissant à une typologie régionale.

Ce petit livre ouvre une voie nouvelle à l'étude des climatismes régionaux, voie dont l'horizon s'étend sur la plus belle région de notre pays, chère aux hivernants et aux estivants qui, ainsi que leur médecin, le liront avec fruit.

Traité d'endocrinologie (Ve) : Le testicule, par MM. les Professeurs M. LUCIEN et J. PARISOT, de Nancy, et M. G. RICHARD, de Royat. Un fort volume in-8° (18 × 25) de 352 pages avec 46 figures dans le texte. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8 place de l'Odéon, Paris (6e). Prix : 150 francs.

Le remarquable volume que les auteurs consacrent au Testicule est le cinquième Traité d'Endocrinologie qu'ils ont entrepris de publier. Dans cette importante manifestation endocrinologique française, les auteurs ont successivement présenté au public médical quatre études des puissamment documentées concernant :

1° Thyroïde ; 2° Parathyroïdes et Thymus ; 3° Surrénales et Organes chromaffines ; 4° Hypophyse.

Le nouvel ouvrage qui étudie le « Testicule » en tant qu'organe endocrinien paraît à une époque où l'attention a été plus particulièrement attirée sur la physiologie des glandes sexuelles et où l'isolement des hormones génitales vient d'ouvrir à la thérapeutique de nouvelles ressources, pleines de promesses.

La première partie de l'ouvrage est consacrée aux caractères anatomiques et histologiques du testicule tant chez l'homme que dans la série animale.

La seconde partie du livre étudie spécialement le rôle du testicule sur le développement, le maintien et le conditionnement des divers constituants de l'appareil génital.

Mais le testicule n'exerce pas seulement son action morphogénétique vis-à-vis des organes sexuels, il intervient dans le développement du système osseux, dans la régulation neuro-humorale ; il exerce aussi une action dynamogénétique qui le fait intervenir dans la plupart des phénomènes organiques : échanges, capacité physique, activité intellectuelle.

C'est à cette étude qu'est consacrée la « troisième partie ».

La « quatrième partie » se propose de répondre à la question si âprement discutée de la localisation dans la glande des éléments générateurs de la sécrétion interne.

Les chapitres de la « cinquième partie » sont consacrés à la pathologie générale et à l'anatomie pathologique des états testiculaires.

L'étude clinique des grands syndromes testiculaires est abordée dans une « sixième partie ».

Une « septième » et dernière partie traite de la thérapeutique générale des syndromes de dysfonctionnement testiculaire : greffes, vasoligatures, opothérapie. Enfin l'opothérapie testiculaire est étudiée comme médication purement symptomatique d'états pathologiques très divers.

Une abondante bibliographie clôture chacune de ces différentes parties.

La goutte : Signes, diagnostic, traitement, par Pierre MAURIAC, doyen de la Faculté de Médecine de Bordeaux. 1 vol. in-8° de 40 pages avec une planche hors texte. Gaston Doin et Cie, Editeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e). Prix : 22 francs.

Quand on veut faire, en 1943, le point de cette question qui préoccupa tellement les anciens, on s'aperçoit qu'un déblaiement s'impose. Aussi bien depuis le mémoire de Garrod, trouve-t-on plus à rejeter qu'à retenir ; car du point de vue clinique il n'y a pas beaucoup à ajouter aux descriptions de Sydenham et de Trousseau.

Dans les formes atypiques de la goutte aiguë, les auteurs modernes ont cependant apporté des précisions qui permettent de mettre à sa juste place, qui n'est pas celle que lui avait accordée les anciens, la goutte remontée.

L'individualité clinique du rhumatisme goutteux demandait aussi d'être mise au point, et plutôt que de parler de goutte viscérale il semble que la notion du terrain goutteux soit plus conforme à la réalité.

L'état humoral de la goutte a été l'occasion de nombreuses recherches modernes : en fin de compte c'est bien l'uricémie qui garde l'importance qu'avait signalée Garrod.

Le Directeur-Gérant : Dr François LE SOURD.
Imp. Tancrède, Paris - 31.1080 (Autorisation n° 83)

N° 17. — 1er SEPTEMBRE 1943 — 116e ANNÉE — Ce numéro : 2 francs.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31**

ABONNEMENT. — Un an : France et Colonies, **75 fr.** Etudiants, **40 fr.** ; Etranger : 1re zone, **110 fr.**, 2e zone, **125 fr.** *Chèques postaux : Paris 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) · Téléphone : LITTRÉ 54-93

POUR NOS ABONNÉS DE LA ZONE NON OCCUPÉE, adresser renouvellements et toutes communications aux Messageries Hachette, 12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône) *Chèques postaux : Lyon 218* (Service *Gazette des Hôpitaux*)

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris

Concours d'assistants d'oto-rhino-laryngologie des hôpitaux de Paris (2 pl.). — Un concours sera ouvert le mardi 18 novembre 1943, à 9 heures, à l'Administration centrale, salle du Conseil de surveillance, 3, avenue Victoria (2e étage). Cette séance sera consacrée à l'épreuve théorique écrite.

MM. les Docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria, bureau du service de santé (escalier A, 2e étage), tous les jours (samedis, dimanches et fêtes exceptés), de 14 heures à 17 heures, depuis le jeudi 21 octobre jusqu'au mercredi 3 novembre 1943 inclusivement.

Concours d'assistants en stomatologie des hôpitaux de Paris (2 pl.). — Ce concours sera ouvert le mardi 30 novembre 1943, à 9 heures, à l'Administration centrale, salle du Conseil de Surveillance, 3, avenue Victoria, 2e étage. Cette séance sera consacrée à l'épreuve théorique écrite.

MM. les Docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire à l'Administration Centrale, 3, avenue Victoria (escalier A, 2e étage), tous les jours (samedis, dimanches et fêtes exceptés), de 14 à 17 heures, depuis le vendredi 5 novembre jusqu'au mardi 16 novembre 1943 inclusivement.

Hôpitaux psychiatriques de la Seine

Le concours d'internat en médecine des hôpitaux psychiatriques de la Seine s'ouvrira à Paris, le 20 octobre 1943.

Le nombre des places mises au concours sera annoncé au moment de l'ouverture du concours. Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine (Service des Etablissements départementaux d'assistance, 1er bureau), 2, rue Lobau, escalier A, 2e étage, porte 233, de 10 h. à 12 heures et de 14 heures à 17 heures, du 16 août au 11 septembre 1943 inclus.

Sont admis à prendre part au concours :

Les candidats français pourvus du diplôme de docteur en médecine ou d'un certificat attestant seize inscriptions prises dans une Faculté ou Ecole de Médecine de l'Etat.

Les candidats ne devront pas avoir atteint l'âge de 30 ans révolus au 1er octobre de l'année où aura lieu le concours. Cette limite d'âge est prorogée d'une durée égale aux services accomplis dans l'armée active pour satisfaire aux obligations de la loi sur le recrutement, des services accomplis à la suite du maintien ou du rappel de contingent sous les drapeaux en 1938-1939, ainsi que pendant la guerre et d'une année par enfant à charge des candidats pères de famille mariés ou veufs.

Les candidats de nationalité étrangère qui ne poursuivraient que l'obtention du titre d'interne « ad honorem » pourront prendre part aux épreuves sans limite d'âge.

Un majoration pour services militaires qui pourra atteindre 4 points au maximum sera attribuée aux candidats qui en feront la demande.

Hôpital français de Harrar. — Un arrêté du Secrétaire d'Etat aux Affaires étrangères décide que peuvent être validés, au titre de l'article 10 de la loi du 14 avril 1924 et dans les conditions prévues par l'article 17 du règlement du 2 septembre 1924, les services rendus du 1er janvier 1[illegible]0 au 1er janvier 1940 par le Dr Joucla en qualité de directeur de l'Hôpital français de Harrar.

Facultés de Médecine

L'enseignement préparatoire aux études médicales, institué par le décret du 16 mars 1943 (« Gaz. Hôp. », 1er avril 1943, p. 98), vient de faire l'objet d'un nouveau décret en date du 13 août 1943.

Ce décret précise que cet enseignement est insitué dans les facultés de médecine et facultés mixtes de médecine et de pharmacie, et à titre provisoire à l'école de plein air de médecine et de pharmacie de Nantes.

Faculté de Paris

Création de chaire. — Par décret du 22 juillet (n° 1939) il est créé une chaire de technique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris. Le nombre des chaires de l'Université de Paris note l'*Information Universitaire* est porté à 162.

Diplôme d'hygiène pour les prisonniers. — Des cours spéciaux seront créés dans les Facultés de Médecine de Paris, Lille, Marseille, Montpellier et Nancy, pour permettre aux médecins retour de captivité d'obtenir le diplôme d'hygiène et de poser leur candidature à un poste de médecin inspecteur de la Santé.

Facultés de province

Nancy. — M. Fruhinsholz est nommé professeur honoraire.

Faculté libre de Médecine de Lille. — Le concours pour une place de prosecteur s'est terminé par la nomination de M. Legrand.

Le concours pour une place d'aide d'anatomie s'est terminé par la nomination de M. Devin.

Ecoles de Médecine

Angers. — Par arrêté en date du 28 juillet 1943, un concours pour l'emploi de professeur suppléant des chaires de clinique chirurgicale et de pathologie chirurgicale de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers s'ouvrira le lundi 14 février 1944 devant la Faculté de Médecine de l'Université de Paris.

Tours. — Par arrêté en date du 16 juin 1943, un concours pour l'emploi de professeur suppléant de pharmacie et matière médicale à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Tours s'ouvrira le 7 janvier 1944 devant la Faculté de Médecine de Paris.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture de ce concours.

Santé publique

Hôpitaux psychiatriques. — Par décret en date du 22 juillet 1943 (« J. O. », 21 août 1943) la limite d'âge des fonctions de médecin des hôpitaux psychiatriques publics est fixée à 65 ans.

Rééducation et assurés sociaux. — Les Centres de Rééducation de Parrel ont été récemment agréés par les Assurances sociales. Ces établissements sont réservés aux « enfants ou adultes atteints de troubles du langage, de l'audition, de l'intelligence et de l'émotivité : sourds, sourds-muets, retardés de la parole, débiles ou maladroits de l'intelligence, instables ou incoordonnés psycho-moteurs, bègues, retardés scolaires, etc... Ne sont admis comme internes que les enfants âgés de plus de sept ans, capables de manger, de s'habiller et de marcher sans aide. Ne sont pas acceptés : les énurétiques, les fugueurs, les pervers et les épileptiques. Pas de limite d'âge pour les externes. En vue d'obtenir de leur Caisse l'autorisation de soins nécessaires, les parents ou les intéressés doivent présenter une note de leur médecin spécifiant la nature de la déficience en cause, la nécessité d'un traitement médico-rééducateur, la durée de ce dernier (dix mois en général), l'établissement choisi. S'adresser, pour tous renseignements, au Directeur des Centres de Rééducation, 78, boulevard Malesherbes, Paris (8e). Laborde 14-43.

Cours

Amphithéâtre d'anatomie. — M. le Dr Jean Braine, chirurgien des Hôpitaux, directeur des travaux scientifiques. — Travaux pratiques d'anatomie pathologique, par M. le Dr P.-A. Nicaud, médecin des Hôpitaux, chef de laboratoire à l'Amphithéâre des Hôpitaux.

Ces travaux pratiques, en huit séances, auront lieu à partir du 8 novembre 1943, trois fois par semaine, les lundis, mercredis et samedis, à 16 h. 30, à l'Amphithéâtre d'anatomie, 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (5e).

La première leçon aura lieu le lundi 8 novembre, à 16 h. 30.

Programme des travaux : I. Lésions inflammatoires et tumeurs dermo-épidermiques. — II. Lésions et tumeurs conjonctives. — III. Lésions et tumeurs du sein ; glandes endocrines. — IV. Tube digestif : estomac, intestin. — V. Lésions et tumeurs du foie. — VI. Lésions et tumeurs du rein. — VII. Lésions et tumeurs du poumon. — VIII. Appareil génital.

Ces travaux pratiques sont plus spécialement réservés aux internes des Hôpitaux de Paris. Ils seront gratuits pour les internes en exercice. Pour les docteurs en médecine, le droit d'inscription sera de 300 francs. Le nombre des auditeurs est limité à vingt.

Prière de s'inscrire avant le 20 septembre, 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (5e).

Nécrologie

Le Dr François, Emile, Gabriel, Marchoux, professeur à l'Institut Pasteur, membre de l'Académie de Médecine depuis 1925 dans la section des membres libres et de l'Académie des Sciences Coloniales, Grand Officier de la Légion d'honneur, décédé à Paris dans sa 81e année.

— M. le Prof. Ferdinand, Adrien Pic, professeur honoraire de clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lyon, ancien directeur des Services publics d'hygiène du Rhône, correspondant de l'Académie de Médecine depuis 1925, décédé à Chaponost (Rhône) dans sa 80e année.

— Dr Léon Monier, ancien interne des Hôpitaux de Paris (1901), décédé à Paris le 6 août.

— Le Dr Jean Pécharmant, ancien interne des hôpitaux de Paris (1901), chirurgien de l'hôpital Saint-Jacques, décédé à Paris le 8 août 1943.

ORDRE DES MEDECINS

Constitution des conseils régionaux

Le secrétaire d'Etat à la Santé et à la Famille,

Vu la loi du 10 septembre 1942 relative à l'Ordre des médecins et à l'organisation des professions médicales et dentaires ;

Vu le décret du 30 décembre 1942 portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 10 septembre 1942 en ce qui cerne le recrutement des membres des conseils de l'ordre des médecins et les recours contentieux ;

Vu les procès-verbaux du dépouillement du scrutin des élections au conseil régional de l'ordre des médecins,

Arrête :

Art. 1er. — Les conseils régionaux de l'ordre des médecins sont constitués ainsi qu'il suit :

Région de Paris

Président : M. le Dr Humbel (Seine-et-Oise) ; membres : MM. les Drs Batier, Chappe, Guyot, Ravinat, Senechal et Winter (Seine), François (Seine-et-Oise), Simon (Seine-et-Marne).

Région de Lille

Président : M. le Dr Six (Paul) (Nord) ; membres : MM. les Drs Deffline, Flouquet père, Frère (Emile), Monnier et Timal (Nord), Cambier, Capron et Lecomte (Pas-de-Calais).

Région de Bordeaux

Président : M. le Dr Carles (Gironde) ; membres : MM. les Drs Ellie, Le Gallen, Rivière, Secousse et Soubiran (Gironde), Bourreterre, Daverat et Maisonnave (Landes).

Région de Poitiers

Président : M. le Dr Ferru (Vienne) ; membres : MM. les Drs David (Vienne), Fau et Guérin (Charente), Béraud et Dufour (Charente-Maritime), Dupouy et Forget (Deux-Sèvres), Guerry (Vendée).

Région de Rennes

Président : M. le Dr Hardouin (Ille-et-Vilaine) ; membres : MM. les Drs Aubry et Cau (Ille-et-Vilaine), Hutin et Legrand (Côtes-du-Nord), Lefranc et Morvezen (Finistère), Ezanno et Geniaux (Morbihan).

Région d'Orléans

Président : M. le Dr Mercier (Loiret) ; membres : MM. les Drs Mazingarbe et Rodon (Loiret), Floquet et Marioton (Cher), Foucault et de Fourmestraux (Eure-et-Loir), Audy et Laurent (Loir-et-Cher).

Région de Toulouse

Président : M. le Dr Clavelier (Haute-Garonne) ; membres : MM. les Drs Dedieu (Ariège), Perrier (Gers), Calvet (Lot), Valat (Lot-et-Garonne), Minvielle (Basses-Pyrénées), Betzebe (Hautes-Pyrénées), Cahuzac (Tarn), Olive (Tarn-et-Garonne).

Région de Limoges

Président : M. le Dr Filhoulaud (Haute-Vienne) ; membres : MM. les Drs Beynes (Haute-Vienne), Brunie et Deshors (Corrèze), Bardinon (Creuse), Durieux et Vignaux-Barraux (Dordogne), Alalinarde et Latour (Indre).

Région de Châlons-sur-Marne

Président : M. le Dr Fauvel (Marne) ; membres : MM. les Drs Auperin et Guillemin (Marne), Chazalnoël, Lucy et Pierre (Aube), Chardin, Molly et Picot (Haute-Marne).

Région de Clermont-Ferrand

Président : M. le Dr Piollet (Puy-de-Dôme) ; membres : MM. les Drs Bardet et Perpère (Puy-de-Dôme) ; Mercier et Mouriquand (Allier), Girou et Gras (Cantal), Durand et Gallice (Haute-Loire).

Région de Montpellier

Président : M. le Dr Boudet (Hérault) ; membres : MM. les Drs Aimes et Marc (Hérault), Cayla et Julien (Aude), Cayla (Paul) (Aveyron), Blanc (Lozère), Besse et Canceil (Pyrénées-Orientales).

Région de Marseille

Président : M. le Dr Pieri (Bouches-du-Rhône) ; membres : MM. les Drs Chartin (Bouches-du-Rhône), Escarras (Basses-Alpes), Provansal (Hautes-Alpes), Boulouneix (Alpes-Maritimes), Dufour (Corse), Rocher (Gard), Jourdan (Var), Pamard (Vaucluse).

Région de Lyon

Président : M. le Dr Mazel (Rhône) ; membres : MM. les Drs Daujat et Santy (Rhône), Desbos et Favre (Ain), Cadet (Ardèche), Gache (Jura), Cousin et Viannay (Loire).

Région de Nancy

Président : M. le Dr Mutel (Meurthe-et-Moselle) ; membres : MM. les Drs Abel, Grandineau et Mariot (Meurthe-et-Moselle), Rousseau et Weber (Meuse), Cornu, Grosjean et Thinesse (Vosges).

Région de Laon

Président : M. le Dr Routier (Somme) ; membres : MM. les Drs Godechoux et Léger (Somme), Charlon, Hillairet et Samain (Aisne), Bridoux (Ardennes), Cache et Grange (Oise).

Région de Rouen

Président : M. le Dr Leviel (Seine-Inférieure) ; membres : MM. les Drs Florion et Stempowski (Seine-Inférieure), Daverne et Leroy (Calvados), Ruelle (Eure), Ruisson père et Piel (Manche), Frinault (Orne).

Région d'Angers

Président : M. le Dr Boquel (Maine-et-Loire) ; membres : MM. les Drs Morinière (Maine-et-Loire), Léonet et Wegbecher (Indre-et-Loire), Bureau (Robert), Chauvin et Gauducheau (Loire-Inférieure), Lechertier (Mayenne), Lhoste (Sarthe).

Région de Grenoble

Président : M. le Dr Corneloup (Isère) ; membres : MM. les Drs Sauvage et Chaix (Isère), Morel père et Viret (Drôme), Cons et Tobe (Haute-Savoie), Folliet et Regayraz (Savoie).

Art. 2. — Le secrétaire général de la Santé et le président du conseil national de l'Ordre des Médecins sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 4 août 1943.

Raymond Grasset.

Un deuxième arrêté en date du 19 août 1943 est relatif à la constitution du Conseil régional de Dijon ainsi qu'il suit :

Région de Dijon.

Président : M. le Dr Morel (Côte-d'Or) ; Membres : MM. les Drs Florentin (Côte-d'Or), Jacquet (Belfort), Ledoux père (Doubs), Petit (Nièvre), Championnet (Haute-Saône), Dufour, Level (Saône-et-Loire), Masson (Yonne).

Conseil du Collège départemental de la Seine

De différents côtés on signale que des organismes divers (caisses d'Assurances sociales, Assurances Cadres, Assurances-vie notamment) demandent aux assurés ou aux héritiers de leurs assurés, sous une forme qui en impose pour une obligation, des certificats émanant des médecins traitants et comportant indication du diagnostic de la nature de l'opération pratiquée ou de la cause de la mort.

Le Conseil du collège départemental de la Seine de l'Ordre des Médecins rappelle aux médecins traitants, qu'à moins de manquer délibérément à leur règle professionnelle et de s'exposer de ce fait à tomber sous le coup de l'art. 378 du Code pénal, ils ne doivent pas répondre à ces sollicitations. Celles-ci sont d'ailleurs parfaitement inutiles, puisque les organismes payeurs ont le droit et la possibilité d'exercer par leurs propres moyens leur contrôle sur leurs assujettis, ce qui exclut toute participation, directe ou indirecte, des médecins traitants à ce contrôle.

A leurs malades, par contre, les médecins peuvent, en certains cas, donner, par le moyen d'une lettre — document privé qui est et doit demeurer la propriété du destinataire — certains renseignements médicaux que les malades peuvent leur demander. Mais ils doivent le faire avec une grande circonspection et guidés par un constant souci du sentiment d'humanité.

Erratum. — Dans l'analyse du travail de MM. Charles Richet et Guy Le Sueur, sur l'*insuffisance alimentaire* (*Gaz. Hôp.* 1943, n° 15, p. 234), une transposition et une omission de lignes ont rendu un passage incompréhensible. Nous nous en excusons auprès de nos lecteurs. Voici le texte correct des trois premiers alinéas de la 1re colonne :

« A partir de quel chiffre peut-on dire qu'il y a insuffisance ?

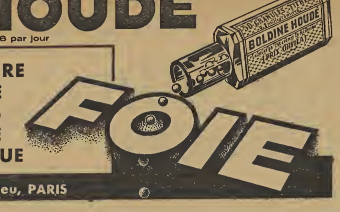
« Les auteurs rappellent qu'il faut à l'organisme 2.500 à 3.000 calories avec un apport protidique de 1 gr. à 1 gr. 40 par kilo, soit de 65 à 100 grammes par jour et un apport lipidique de 0,80 à 1 gr. 10 par kilo.

« Rappelons que Lapicque fixe le chiffre minimum indispensable à 100 calories par heure de vie. C'est donc avec raison que les auteurs considèrent le chiffre de 2.000 calories comme un chiffre tangent. »





ICTÈRE - LITHIASE BILIAIRE
CONGESTION DU FOIE
COLIQUES HÉPATIQUES
HYPERTROPHIE DU FOIE
INSUFFISANCE HÉPATIQUE



Laboratoires HOUDÉ, 9, rue Dieu, PARIS



Laboratoires J. LAROZE – 54, rue de Paris – Charenton (Seine)





COMPRIMÉS

ULTRACALCIUM

PHOSPHORE - CALCIUM - VITAMINE D

COMPENSATEUR DE LA CARENCE CALCIQUE ALIMENTAIRE

1° Grâce au rapport **Ca/P** le plus favorable (1,39)
2° Grâce au pouvoir régulateur et fixateur de la **Vitamine D**

LABORATOIRES DEROL, 34, RUE PERGOLÈSE, PARIS (XVIe)

LE NEUROOXYCARBONISME AIGU

par H. Roger, Y. Poursines et Bugard (de Marseille)

La recrudescence des intoxications oxycarbonées sur laquelle Kling a récemment insisté (en en indiquant les principaux facteurs) nous autorise à reprendre l'étude du tableau clinique de leurs formes neuro-psychiques à la lumière des travaux modernes qui ont succédé à la classique thèse de Desoille (Paris 1932), et des observations que nous avons pu recueillir.

Il y aurait lieu de passer en revue les accidents immédiats qui se résument surtout dans le coma oxycarboné, les accidents secondaires et les accidents tardifs. Toutefois, ces deux derniers groupes ayant des manifestations à peu près identiques, nous les fusionnerons sous le nom d'accidents post-comateux.

I. — LE COMA OXYCARBONE

Celui-ci passe par trois stades :

1° La *période prodromique* est caractérisée par des céphalées à type de constriction et de battements de la région temporale, de vertiges, d'éblouissements, de déformation des perceptions auditives, parfois par des vomissements. Une faiblesse des membres inférieurs empêche le malade de se soustraire au danger ; l'intoxiqué qui essaie de se lever tombe. Un certain degré d'apathie et d'absence d'initiative le conduit à une somnolence progressive.

Si certaines circonstances le permettent, en particulier si le malade est secouru à temps, cet état n'est pas dépassé. Cette phase prodromique est absente en cas d'intoxication massive (four à chaux) : le malade tombe foudroyé.

2° A une torpeur progressive succède un *coma* plus ou moins profond : coma habituellement flaccide avec respiration bruyante et superficielle, hypothermie (rarement hyperthermie d'origine centrale ou par complication pulmonaire), pouls rapide et irrégulier, tendance au collapsus. Deux particularités lui donnent parfois une physionomie spéciale : le facies rosé ou même hypercoloré, les sueurs abondantes « comme si le malade était tiré de l'eau » (Leschke).

Il peut y avoir un léger degré de contracture avec exagération des réflexes et signe de Babinski, rarement de l'agitation et des convulsions (Teleki), exceptionnellement un état de stupeur catatonique.

La durée du coma, qui va de quelques heures à quelques jours (en moyenne 36 heures), dépend du degré d'intoxication et de la rapidité des secours, de la réanimation.

3° La *terminaison* du coma se fait :

a) Par la mort (avec souvent escharre et gangrène) au bout de quelques heures ou de quelques jours.

b) Par la guérison : convalescence de quelques jours ou de quelques semaines, caractérisée par un état neurasthéniforme : affaiblissement physique, avec légers troubles de la coordination, troubles du caractère (irritabilité, sautes d'humeur), céphalées, vertiges, bourdonnements d'oreilles.

c) Par l'apparition de symptômes nouveaux : parfois agitation désordonnée et excitation d'allure maniaque, pouvant nécessiter comme chez une de nos malades des moyens de contention ; plus souvent, état confusionnel avec troubles de la mémoire qui, eux-mêmes, rétrocèdent après quelques jours ou quelques semaines, avec ou sans séquelles.

Forme atténuée de neurooxycarbonisme. — D'emblée, sans phase comateuse, le malade tombe dans un état crépusculaire, un état confusionnel d'allure ébrieuse qui a prêté à de curieuses discussions médico-légales, comme dans un cas classique de Brouardel, concernant une femme alcoolique avérée, trouvée hébétée auprès des cadavres de son mari et de son frère, et accusée de les avoir empoisonnés.

II. — LES ACCIDENTS POST-COMATEUX

Ils sont précoces, succédant immédiatement au coma, ou tardifs. Le malade est sorti de l'état confusionnel post-comateux, il va reprendre ou même il a déjà repris ses occupations, quand il est frappé d'une série de nouveaux accidents qui, eux-mêmes, peuvent ou rétrocéder complètement, ou être suivis de séquelles, ou conduire à la mort.

Cet intervalle libre assez spécial qui sépare coma et accidents nerveux tardifs est, en général, de quelques jours, plus rarement de 2 à 3 semaines. En réalité, il s'agit d'une rémission plutôt que d'un intervalle complètement libre. L'intoxiqué, quoique très amélioré, n'a pas complètement retrouvé la plénitude de ses facultés intellectuelles ; il garde quelques troubles de la mémoire et un léger état confusionnel.

Les accidents précoces ou tardifs sont la plupart d'ordre cérébral. Nous les classerons en troubles psychiques, moteurs (pyramidaux et extra-pyramidaux), sensitifs, sensoriels, végétatifs. Nous en rapprocherons les troubles méningés. Plus rares sont les troubles médullaires et périphériques.

A. — Syndromes encéphaliques

Troubles mentaux

Le plus fréquent est un état confusionnel persistant anormalement : obnubilation de la conscience, affaiblissement de l'attention, ralentissement et désordre des associations d'idées, insuffisance des perceptions, aboulie.

Cet *état confusionnel* est, soit léger, rappelant l'ivresse, soit accusé et prolongé ; il s'y associe des idées délirantes, souvent polymorphes.

Le délire peut s'accompagner au début d'une période d'excitation d'allure maniaque, de folie furieuse, ou être calme d'emblée.

La malade de Courtois et Mme André exprimait à la fois des idées de grandeur et de grossesse, des craintes de persécution et de mort. Une intoxiquée par le gaz d'éclairage, observée par Daday, Heuyer et Mathon plusieurs années après l'accident, continuait dans un délire de rêverie, sorte de délire de compensation, à vivre une vie imaginaire au cours de laquelle, par ses attitudes, ses gestes, ses propos, elle se comportait comme si elle était devenue la femme de son ex-amant, dont la rupture avait été à l'origine de son suicide.

Cet état confusionnel aboutit, dans de rares cas, à un véritable *état démentiel* avec affaiblissement définitif des facultés intellectuelles. Cornu, Devic et Porot, chez un malade ayant présenté au début un coma suivi d'excitation avec mouvements choréiformes, confusion et désorientation, constatent, 4 ans après, un déficit intellectuel important (asthénie psychique, perte de l'initiative, gros troubles de la mémoire, de l'attention et du jugement) qui persiste malgré les efforts patients et prolongés de rééducation du père du malade, ancien instituteur. Ils concluent, dans leur expertise à une invalidité de 75 %.

L'état démentiel est encore plus accusé chez un enfant que nous avons pu suivre pendant plusieurs mois et dont l'observation a été publiée ultérieurement par Heuyer et Dublineau. Dans un village des Bouches-du-Rhône, cet enfant, après avoir subi 3 ou 4 intoxications légères, fut frappé, à l'âge de 4 ans, d'une intoxication plus massive, avec coma de plusieurs heures, due à des émanations à travers le plancher de gaz d'éclairage provenant de la fuite d'une conduite de la rue. Alors qu'il était auparavant très éveillé, et avait un langage parfaitement développé, il se présentait à nous comme un imbécile, presque comme un idiot, indifférent, souvent agité, incapable de prononcer ou de répéter aucune parole. A l'âge de 6 ans, quand il fut observé par les neuro-psychiâtres parisiens, il avait à peine récupéré une légère activité manuelle.

Encore faut-il, avant de porter le diagnostic de démence, avoir le recul du temps. Briand et Salomon publient une observation de troubles intellectuels à forme démentielle, et Truelle, 3 mois après, présente le même malade quasi-guéri. Daumezon, après avoir déclaré que la démence de son intoxiqué paraît devoir se fixer, le voit sortir de l'asile très amélioré au bout de quelques mois. Alliez et Diatkine montrent une régression analogue quoique tardive chez un sujet qui, complètement gâteux, euphorique, s'habille de travers, est désorienté, présente de fausses reconnaissances, a des réponses absurdes et le plus souvent à côté, manifeste un désintérêt familial complet. Cependant, quelques mois plus tard, quoique conservant quelques troubles de la mémoire et du comportement, il est redevenu à peu près normal, et ses propos n'ont rien d'extravagant.

A côté de ces deux états, confusionnel et démentiel, il est quelques *tableaux cliniques plus particuliers* que le neurooxycarbonisme peut revêtir.

On a observé des syndromes rappelant au point de vue mental le syndrome de Korsakoff, sans association toutefois de polynévrite : déficit intellectuel, troubles de la mémoire, désorientation dans le temps et dans l'espace (tels les mineurs de Courrières, qui erraient à l'aventure dans les galeries de mine sans reconnaître celle qui devait les ramener à l'air libre), troubles de l'affectivité, euphorie ou, au contraire, geignardisme et surtout fabulation, surtout pauvre, dont on doit presque arracher mot à mot les éléments au malade (Vermeylen), cette dernière due à un mécanisme de compensation ou de suppléance.

Un de nos malades, sans doute pour se débarrasser de nos questions, avait répondu affirmativement à nos suggestions involontaires, et nous avions cru attribuer son intoxication au gaz d'éclairage, alors qu'en réalité elle était due aux émanations d'un brasero. Par association d'idées, le malade d'Alliez et Diatkine croit être hospitalisé à Avignon, la ville où son accident lui était arrivé, alors qu'il était à l'Hôtel-Dieu de Marseille.

Un syndrome de Ganser, avec ses réponses bizarres à côté, peut faire croire à une simulation.

Une catégorie de troubles bien spéciaux du neurooxycarbonisme est celle des *troubles amnésiques*. Ceux-ci sont rarement absents et ils constituent parfois la seule séquelle importante et tenace. Il s'agit soit d'un défaut de fixation des souvenirs récents (amnésie antérograde), soit d'un défaut de conservation ou de reproduction des souvenirs anciens (amnésie rétrograde), soit d'une atteinte globale de la mémoire (amnésie rétro-antérograde), soit d'une simple amnésie lacunaire. L'on cite partout le cas rapporté par Brouardel du médecin qui avait oublié, non seulement le nom et l'adresse de ses clients, mais encore les formules des prescriptions pharmaceutiques.

Une de nos malades, trouvée inanimée dans sa salle de bain, présente, à la suite d'une crise d'excitation motrice intense de courte durée, un état confusionnel avec céphalées vives, durant quelques jours et elle conserve, depuis plus d'un an, des troubles de la mémoire. Employée de banque, non seulement elle n'a aucun souvenir de ses occupations habituelles, mais elle ne se rappelle aucun prix des aliments qu'elle doit acheter ; elle est incapable de faire aucune commission. A la maison elle ne sait plus où trouver les objets dont elle a besoin, la place que ses parents occupent à la table familiale.

Cette amnésie disparaît habituellement au bout de quelques semaines ou de quelques mois ; elle persiste des années, 9 ans (Heuyer, Daday et Mathon), 15 ans (Pohlisch).

Le *diagnostic* de pareils troubles mentaux doit être fait avec d'autres

états confusionnels, toxiques (éthylisme), infectieux, post-épileptique, avec d'autres démences, démence précoce, démence paralytique (Sibelius). Il faut se garder de rapporter au CO des troubles psychiques en réalité antérieurs à l'intoxication de sujets anormaux ayant réalisé une tentative de suicide.

Une malade observée par Fromenty et Lermann est intoxiquée par une émanation de gaz d'éclairage provenant d'un robinet laissé ouvert par un collocataire suicidard. Elle réalise elle-même 3 tentatives de suicide. La famille veut introduire une instance en dommages et intérêts. La malade n'ayant présenté ni confusion mentale, ni amnésie et, par contre, ayant une importante réduction de l'activité, de l'idéation, de la sociabilité, les auteurs pratiquent une encéphalographie gazeuse, qui montre une atrophie corticale. Ils concluent à une maladie de Pick, déjà en évolution avant l'accident.

Troubles moteurs

Il y a lieu de distinguer ceux de la série pyramidale et ceux, plus intéressants et plus caracétristiques, de la série extra-pyramidale, le syndrome cérébelleux étant exceptionnel.

1° *Syndrome de la série pyramidale.* — *L'hémiplégie* est rare ; une quinzaine de cas ont été recueillis dans la littérature.

Elle est tantôt précoce, dès la sortie du coma, tantôt tardive, une dizaine de jours après le coma (Crouzon, Bertrand, Desoille, Greidenberg). Dans leur cas Lereboullet et Puech, à cause de cet intervalle libre, se demandent si le déficit moteur n'est pas en relation avec un hématome sus-dural, en raison d'un traumatisme cranien à la suite d'une chute au cours du coma. La ventriculographie, au lieu de l'aplatissement du ventricule habituel à la compression hémorragique, montre une dilatation en rapport avec un foyer de ramollissement.

Dans le cas de Lhermitte, Monier-Vinard et Ajuriaguerra, une hémiplégie précoce rétrocède en grande partie, puis récidive au bout de 19 jours et finit par entraîner la mort. Les hémiplégies tardives ont un pronostic plus grave que celles du début ; elles sont attribuées à des foyers de nécrobiose.

L'hémiplégie peut être double, atteignant d'abord un côté puis l'autre (quadriplégie), en rapport avec des foyers de ramollissements disséminés les uns dans l'écorce, les autres dans le globus palladius (Hiller).

A côté de ces atteintes importantes de la voie pyramidale, Bourdillon et Hartmann ont insisté sur la fréquence relative (4 fois sur 7) de petits signes d'irritation pyramidale (Babinski uni ou bilatéral, avec ou sans clonus, avec réflexes de défense) rencontrés au cours ou après le coma. Un malade de Stierlin conservait un Babinski 2 ans et demi après son intoxication.

Les syndromes aphasique et apraxique sont souvent notés.

L'*épilepsie* existe parfois au cours du coma ; un élève de Mosso se soumettant à une intoxication expérimentale, tomba dans un état de rigidité qui est suivi de convulsions, il n'en garde aucun souvenir. L'épilepsie tardive est plus rare (Schiersmann, Symanski, Hgli et Cheng) : crises deux ans après un coma suivi de parésie brachiale (Stierlin), crises apparues au 6e jour de l'asphyxie, réapparues à la période terminale au bout de quelques mois d'évolution et en rapport avec de nombreux foyers de ramollissement surtout lenticulaire (Sibelius).

Chez un malade qui se disait intoxiqué par un gazogène, nous voyons survenir une série de crises qui, d'après la description, nous avaient donné l'impression de crises comitiales, mais qui, observées à la clinique neurologique, revêtaient plutôt l'allure pithiatique et disparurent sous l'influence de l'isolement et de la suggestion.

2° *Syndromes de la série extra-pyramidale*, que Desoille divise en akinétiques ou hyperkinétiques, assez spéciaux au neurooxycarbonisme.

a) *Formes akinétiques.* — Le *syndrome parkinsonien* complet avec rigidité et tremblements est assez fréquent. D'emblée à son maximum, il se dissipe peu à peu dans les cas favorables. Il passe parfois à l'état chronique, il persistait de 8 à 9 ans dans 2 cas de Pohlisch. Il se distingue des syndromes parkinsoniens d'autre origine par son installation rapide et son association avec des troubles mentaux du type surtout amnésique.

Le syndrome est dans quelques cas moins typique ; rigidité avec exagération des réflexes, sans tremblement mais avec mutisme (Grinker et Pohlisch). Dans deux cas de Chavany, David et Gilbert-Dreyfus, le syndrome, frappant face, tronc et membres, évolua rapidement vers la mort en 2 semaines ou 2 mois.

b) *Formes hyperkinétiques.* — On a observé un tremblement de la main continuel survenant surtout au repos, diminuant par les mouvements volontaires et s'accompagnant de petites myoclonies de l'épaule (Wimmer), des mouvements choréo-atétosiques unilatéraux de quelques jours de durée (Leudet), une agitation choréiforme intense avec grimaces incessantes, marche irrégulière, embardées, mélange de mouvements athétosiques, et de contractures douloureuses ressemblant à la tétanie et évoluant favorablement en une quinzaine (Trenel), des mouvements automatiques et des modifications de la mimique succédant à une phase de troubles psychiques, de troubles de la parole et de quadriplégie (Dimitri et Gia), une astasie-abasie avec palilalie (Cohen).

Un de nos malades, atteint de troubles importants de la mémoire et de lenteur des mouvements, conservait, pendant un certain temps, les attitudes imposées : catatonie.

3° *Syndromes complexes :* La clinique, se moquant des cadres que la nosologie veut lui imposer, réalise souvent des tableaux plus complexes.

Un de nos malades présentait, outre une confusion mentale accusée, avec tendance à la fabulation, un mélange curieux fait : d'un côté d'une hémihypertonie droite d'allure extra-pyramidale avec exagération des réflexes de posture et contracture du tronc, et de l'autre côté d'une hémiparésie gauche avec hyperextensibilité articulaire et Babinski d'origine pyramidale.

Sa femme, intoxiquée en même temps que lui, réunissait des symptômes encore plus disparates : aux membres supérieurs une grosse contracture en flexion des deux avant-bras sur les bras ; aux membres inférieurs une hypotonie énorme pseudo-tabétique ; en outre, du côté gauche, un tremblement du type parkinsonien associé à un signe de Babinski et du côté droit une paralysie du sciatique poplité externe avec abolition du réflexe achilléen. En l'absence d'autopsie, il est bien difficile de conclure au point de vue de l'interprétation de ce cas. Si l'hypertonie bilatérale des deux membres supérieurs, ainsi que le tremblement parkinsonien gauche sont d'ordre strié, on peut discuter de l'origine cérébelleuse ou médullaire de l'hypotonie des membres inférieurs : la coexistence dans ce cas d'une paralysie du sciatique poplité externe, avec abolition du réflexe achilléen plaiderait plutôt en faveur de cette dernière hypothèse.

Troubles sensitifs

Des troubles sensitifs unilatéraux ont été attribués à un syndrome thalamique : hyperesthésie cutanée douloureuse du membre supérieur avec exagération des réflexes tendineux (Claude), douleur du bras gauche persistant après la rétrocession d'une hémiparésie prédominant au membre supérieur gauche (Vedel, Vidal et Gondard). Chez une de nos intoxiquées, nous avons, avec Crémieux et Mlle Robert, noté durant plusieurs mois une hémidysesthésie et une hémihypoesthésie, sans parésie, qui empêchaient la malade d'écrire, de prendre et de garder dans sa main de petits objets.

Troubles sensoriels

Roth et Hermann ont signalé des troubles transitoires de l'odorat et du goût, Kayser, Alt, une diminution de l'acuité auditive avec bourdonnements d'oreilles, Urbantschitsch, une surdité totale persistante ou temporaire.

Mais ce sont les troubles visuels qui prédominent. A côté de cécité par double lésion des noyaux lenticulaires (Sibelius) ou d'hémianopsie de la moitié supérieure des deux rétines (Raffegeau et Bouchereau), il existe des lésions du nerf optique ou de la rétine : névrite rétro-bulbaire avec scotome (Abelsdorff), modification du fond d'œil à type de dilatation des vaisseaux et d'hémorragie rétinienne (Lewin et Guilbert), de papillite (Schwabe). Levy-Valensi a publié un cas de cécité sans lésion du fond d'œil attribuée il est vrai par certains ophtalmologistes à une simulation.

Des paralysies oculaires ont été signalées par Sibelius, Rudolph, Pohlisch, Abelsdorff. Nous avons, avec Crémieux et Mlle Robert, observé une paralysie du VI gauche, siégeant du côté opposé à une hémidysesthésie droite. Les antécédents spécifiques, un B.-W. positif dans le sang avaient fait supposer une origine syphilitique à cette parésie du moteur oculaire externe, mais un L. C. R. normal avec B.-W. négatif plaide plutôt en faveur de l'origine oxycarbonée. Sedan a publié un cas de parésie parcellaire du III, qui disparaît en 15 jours.

Troubles végétatifs

C'est sans doute à l'atteinte des noyaux gris de la base qu'il faut rapporter toute une série de troubles trophiques, vaso-moteurs, sécrétoires et métaboliques, relatés dans un bon nombre d'intoxications.

Tous les auteurs insistent sur la précocité des escharres qui ne sont pas toutes localisées au niveau des zones de décubitus, sur les éruptions bulleuses, sur le purpura.

On a signalé des œdèmes segmentaires pseudo-phlébitiques ou pseudo-phlegmoneux, un syndrome dimidié vasculaire (Bourguignon et Desoille).

Nous avons indiqué les sueurs souvent abondantes, la salivation anormale.

Certains malades présentent soit de l'obésité, soit de l'amaigrissement, d'autres de la glycosurie. L'insommnie est fréquente.

Raab a publié un cas de maladie de Basedow qui guérit spontanément au bout d'un an et qu'il rattache à une atteinte diencéphalique. L'augmentation du métabolisme basal a été signalée.

L'un de nous a insisté sur la modification de la formule sanguine, dans le sens polyglobulique, probablement en rapport avec l'atteinte du cerveau végétatif.

Réactions méningées

Legry et Duvoir ont attiré l'attention sur l'hémorragie méningée : contractures très intenses pseudo-tétaniques ou contractures modérées avec L. C. R. sanglant au cours de formes hémiplégiques (Chauffard et Troisier) ou mentales, — L. C. R. simplement rosé avec réaction à polynucléaires. L'évolution peut être fatale, soit rapidement, soit au bout de quelques semaines (6 semaines, Hedren).

Titeca, ayant remarqué quelques globules rouges dans le L. C. R. d'une psychose post-intervallaire, suppose l'existence d'hémorragie méningée tardive à côté des hémorragies précoces.

Il y a parfois réaction leucocytaire sans hémorragie (Gaultier et Paillard) celle-ci persistait même (42 lymphocytes et 0,30 d'albumine) 6 mois et demi après, dans un L. C. R. d'amnésique (Porot et Santucci).

B. — Syndromes médullaires

Nous avons déjà mentionné les paraplégies attribuées à des lésions encéphaliques bilatérales (van Boggaert).

Il en est d'autres qui sont en rapport avec des lésions médullaires et qui réalisent le tableau de la myélite transverse (Stursberg, Reichert, Steiner, van Sulder).

A l'autopsie d'une paraplégie rapidement mortelle, Zipf trouve un ramollissement au niveau des deux premiers segments lombaires ; le malade de Panski associe à son impotence une anesthésie s'arrêtant à l'ombilic.

Le cas d'Abel se traduit par une paraplégie avec troubles sphinctériens et escharre qui évolua en 10 jours, sans laisser de séquelles.

Girault et Richard attribuent à une hématomyélie du cône terminal une rétention d'urines et des matières fécales avec nombreuses escharres, survenue 9 jours après une intoxication par l'oxyde de carbone.

Certains tableaux rappellent la sclérose en plaques. Dans le cas de Berker tout se réduit à un tremblement intentionnel ; dans celui d'Etienne, plus complet, l'évolution ultérieure par poussées nous fait plutôt penser à une véritable sclérose en plaques déclenchée par anoxémie, comme on en voit après des agressions toxiques médicamenteuses, par l'arsenic et le bismuth (Roger et Alliez). Cette hypothèse est d'autant plus vraisemblable que Hilper aurait, dans un cas analogue, trouvé à l'autopsie des lésions histologiques de sclérose en plaque authentique.

Chez un malade de Guillain et Lereboullet, le syndrome prend, au début, le masque de la sclérose en plaques, puis celui de la syringomyélobulbie, que les auteurs rattachent à des foyers hémorragiques dans la moelle et le bulbe.

Crouzon, en présence d'un syndrome tabétique, conclut à la préexistence du tabes sur l'intoxication. Rappelons notre cas complexe d'hypotonie des membres inférieurs avec paralysie du sciatique poplité externe droit et abolition unilatérale du réflexe achilléen probablement d'origine médullaire, mais contrastant avec une hypertonie des membres supérieurs d'origine striée.

Euzière et Lafon, il est vrai dans un cas d'intoxication chronique, ont observé un syndrome pseudo-tabétique, dont la pathogénie leur paraît difficile à établir d'une manière formelle, étant donné la coexistence d'une anémie marquée.

C. — Syndromes périphériques

Nous ne nous attarderons pas sur la discussion de ces syndromes dont l'existence a été niée par Claude et sur lesquels l'un de nous s'est suffisamment expliqué dans la thèse de son élève Boudouresques sur les polynévrites (Marseille 1938).

Toute une série de faits plaide contre l'action toxique directe du CO sur les nerfs.

L'expérience de Krause qui fait circuler du gaz d'éclairage au contact d'un nerf de grenouille et arrive à diminuer son excitabilité a fait penser à Desoille à une anoxémie nerveuse, à une anoxinévrite dont l'action ne serait effective chez l'homme que sur les nerfs touchés par l'alcool. Ces conditions de laboratoire diffèrent tellement de la clinique qu'elles ne peuvent s'inscrire contre les données de cette dernière.

1° La *prétendue polynévrite oxycarbonée :*

Il faut d'abord éliminer une série de faits anciens, où la paralysie est d'origine médullaire ou cérébrale : cas de Wilson et Winckelmann, de Borman où les réflexes sont exagérés.

Comment faire entrer dans le cadre des polynévrites une observation comme celle de Krause, où il n'y a ni troubles moteurs, ni troubles sensitifs subjectifs et où tout se réduit à des zones d'anesthésie non symétriques disséminées au niveau du plexus cervical gauche, du crural gauche, du sciatique poplité externe droit, du maxillaire inférieur gauche, dans des territoires où siègent également de nombreuses vésicules.

L'observation plus récente de Florand, Nicaud et Froment, malgré la prédominance du trouble moteur sur les extenseurs du pied, évoque plutôt l'idée d'une atteinte médullaire, en raison de la rétention d'urines ayant nécessité le cathétérisme et en raison d'escarres étendues.

2° Les *mononévrites* ne sont pas douteuses : paralysie du plexus brachial (Klebs), du radial (Bourdon), du sciatique poplité externe (Jacoby), associées à des algies, et souvent à des troubles vaso-moteurs (œdèmes, ecchymoses, escarres). Mais elles ne sont pas d'ordre toxique.

A côté des cas d'attrition du nerf par mauvaise attitude au cours du coma, il s'agit souvent d'hématomes musculaires sous-cutanés comprimant le nerf : tels les deux cas de Guillain, Thurel et Desoille, où une paralysie de l'épaule ou du quadriceps s'explique par des collections sanguines nettement limitées au cou et à la cuisse. On a rencontré des hémorragies intratronculaires (Alberti, Brouardel et Landouzy). On peut suspecter une atteinte des vasa-nervorum. Enfin, un certain nombre d'impotence des membres est probablement lié à une artérite plutôt qu'à une névrite.

CONDITIONS ETIOLOGIQUES

Les accidents neuro-oxycarbonés sont plutôt rares. Rossiter, sur 2.000 intoxications, signale 5 cas de céphalées et de vertiges transitoires, un seul cas de troubles psychiques persistants. Pour Cot et Guillaume les séquelles nerveuses forment une proportion infime par rapport aux comas observés. Sur 185 intoxications graves, il y eut 20 cas de troubles isolés de la mémoire, 7 paralysies ou parésies.

Dans la statistique de 21.143 cas réunis par Shillito, Drinker Shaweghressy, à New-York de 1925 à 1935, 45 seulement ont nécessité une hospitalisation de plus ou moins longue durée : 14 syndromes pyramidaux irritatifs avec clonus du pied et signe de Babinski (dont 1 persistait après 2 ans), 5 parkinsons dont 4 définitifs, 4 névrites périphériques, une vingtaine de troubles psychiques sans signes neurologiques.

Certains facteurs jouent un *rôle prédisposant.*

Le *sexe* n'a pas d'influence.

Par contre l'*âge* est important : plus le sujet est âgé, plus les séquelles seront durables. La plupart de nos malades avaient dépassé la cinquantaine : l'âge moyen de la statistique de Shillito est de 53 ans, avec comme chiffres extrêmes 20 et 83 ans ; rappelons notre cas chez un enfant de 4 ans.

L'alcoolisme intervient dans un quart des cas ; plus rarement la syphilis.

Le *degré d'intoxication* oxycarbonée entre en ligne de compte : cependant ce ne sont pas toujours les comas les plus désespérés qui sont les plus défavorables au point de vue accidents ultérieurs. La précocité des secours et leur qualité sont importants à considérer : une carboxygénothérapie bien conduite mettra le plus souvent le malade à l'abri. Un rôle capital est dévolu aux intoxications antérieures : une inhalation massive mais unique est moins susceptible d'entraîner des complications qu'une série de petites intoxications répétées ou qu'une intoxication chronique lente plus ou moins latente précédant l'accident aigu.

LESIONS ANATOMIQUES

Les classiques décrivent deux sortes de lésions encéphaliques et vasculaires.

1° Les *lésions encéphaliques* se divisent en :

a) Lésions hémorragiques de degré variable, allant de la dilatation vasculaire avec simple extravasation sanguine jusqu'aux hémorragies punctiformes (purpura cortico méningé) visibles à l'examen (56 cas du même auteur) et plus exceptionnellement à l'hématome. Ces lésions se rencontrent surtout à la phase de début et sont susceptibles d'entraîner la mort précoce.

b) Dégénérescence constituée par des foyers de ramollissement, uniques ou multiples, rarement visibles à l'œil nu ou par un processus de dégénérescence diffuse. Elle prédomine à la phase tardive.

2° Les *lésions vasculaires* des petits vaisseaux comportent des processus thrombosiques, veineux et artériels, avec dégénérescence hyaline de la paroi aboutissant parfois à une rupture.

Il y a lieu de remarquer une tendance rapide à la calcification (infiltrations de granulations calcaires).

Toutes ces lésions ont une affinité élective pour le pallidum souvent altéré des deux côtés ; les autres formations grises centrales sont quelquefois également atteintes, plus rarement le locus niger, la corne d'Ammon.

L'un de nous a eu l'occasion d'étudier 2 cerveaux. Un cas qui a succombé au bout de 48 heures de coma, présentait un véritable purpura de l'écorce et de la substance blanche, plus intense au niveau des noyaux gris centraux.

Trois sortes de lésions ont été mises en évidence : un œdème diffus, des plages pré-nécrotiques atteignant la région péri-ventriculaire et pallidale ; une dissymétrie circulatoire, avec vaisseaux les uns en vaso-constriction, les autres en vaso-dilatation avec petites hémorragies altératives un peu analogues à celles trouvées par Lhermitte, Monier-Vinard et Ajuriaguerra.

Dans un second cas, concernant un éthylique, mort au bout de quelques heures, il y avait un état congestif des vaisseaux avec petites hémorragies périvasculaires surtout dans les régions péricalleuse et sous-ventriculaire, un œdème léger de la trame névroglique siège d'abondants corps amyloïdes.

Ces lésions sont à rapprocher des lésions expérimentales obtenues par l'un de nous sur le chien intoxiqué par le gaz d'éclairage entraînant la mort au bout de quinze minutes en moyenne : œdème de la couche névroglique paraméningée et paraventriculaire, — dissymétrie circulatoire, — petits foyers hémorragiques, mais pas de corps amyloïdes.

PHYSIOPATHOLOGIE

Deux thèses se disputent la *pathogénie* du neurooxycarbonisme : la théorie toxique surtout soutenue par l'école allemande, la théorie de la privation d'oxygène, de l'anoxémie, défendue par l'école française.

La première fait intervenir la lésion directe des cellules nerveuses et des vaisseaux, une véritable encéphalite hémorragique par toxicité propre du CO.

La deuxième invoque le même mécansme que celui des autres asphyxies : le ralentissement de la circulation, la viscosité du sang entraînant une thrombose et des lésions vasculaires secondaires, Desoille et Chevalier admettent une paralysie des vaso-constricteurs par brusque perturbation du système végétatif de la base. Si les séquelles sont avec le CO plus fréquentes que dans les autres asphyxies, c'est que le CO entraîne le coma d'une manière plus rapide.

En raison de l'œdème cérébral et de l'œdème périventriculaire observé par l'un de nous, nous nous demandons s'il ne faudrait pas faire jouer également un rôle aux conditions de circulation, non seulement du sang, mais du L. C. R. et du liquide interstitiel dans les espaces lacunaires.

Un autre problème physiopathologique est posé par la *localisation élective des lésions au pallidum.* La théorie toxique admet une affinité particulière de ce noyau pour le poison. La théorie vasculaire fait intervenir la densité moindre des capillaires à son niveau (Hiller). Expérimentalement le chat et le chien présentent des lésions du pallidum, le lapin et le cobaye n'en présentent pas. Quand on connaîtra la raison de cette discordance, on pourra peut-être mieux approfondir le mécanisme de cette électivité (Meyer).

Une autre question doit être résolue : celle de l'*intervalle libre.* La théorie toxique l'explique par le temps perdu mis à la libération d'une quantité suffisante de substance toxique née de perturbations métaboliques (Sibelius), altérant secondairement les centres nerveux. Chauf-

fard admettait une hépatotoxine déterminant secondairement une encéphalite toxique.

La thèse anoxénique invoque l'effet tardif des lésions secondaires vasculaires, la lenteur de l'installation de la thrombose qui peuvent donner naissance à des hémorragies méningées ou encéphaliques tardives (Titeca).

THERAPEUTIQUE

Nous n'insisterons pas sur le traitement bien connu du coma par la respiration artificielle, les injections d'oxygène, la carboxygénothérapie, les toni-cardiaques.

Etant donné l'œdème cérébral constaté à nos autopsies, il y aurait lieu de faire usage de la ponction lombaire ou même d'une ponction ventriculaire, peut-être d'injections intraveineuses de sulfate de magnésie.

En ce qui concerne les séquelles tardives, nous avons eu l'idée dans 3 cas (un de troubles confusionnels, deux autres d'amnésie), de les traiter par un choc pyrétogène : les injections d'huile soufrée nous ont paru contribuer nettement à une rétrocession des symptômes.

CONSULTATIONS. — I

NANISME MYXŒDÉMATEUX CHEZ UN JUMEAU DE 10 ANS

par le Professeur Pierre NOBÉCOURT
Membre de l'Académie de Médecine

Mme D... m'écrit d'une ville de l'Est : « Je viens solliciter un rendez-vous pour mon petit garçon qui a dix ans et qui m'inquiète beaucoup : il ne grandit presque pas ; il mesure actuellement 92 centimètres et pèse 16 kilos. »

Le 7 juin 1943, elle entre dans mon cabinet tenant par la main un *nain*, qui présente l'habitus caractéristique du myxœdème congénital.

Voici l'histoire de ce garçon.

Georges D... (43.5226) a des parents et des grands-parents bien portants, mais de petite stature. Pensant à la possibilité d'une hypotrophie staturale familiale, j'avais demandé à Mme D... de m'apporter leurs tailles. Elles sont les suivantes :

	TAILLE EN CM.	TAILLE D'ADULTE EN CM.	RÉDUCTION STATURALE RÉELLE EN CM.	RÉDUCTION STATURALE POUR CENT
Père	156	166	10	6,6
Grand-père paternel	160	166	6	3,6
Grand'mère paternelle	145	156	11	7,5
Mère	150	156	6	3,8
Grand-père maternel	158	166	8	4,8
Grand'mère maternelle	145	156	11	7,5

Le père et les grand'mères ont des *hypotrophies staturales légères* (réduction staturale de 6 à 9 pour cent).

La mère et les grands-pères ont des *tailles petites* mais *moyennes* (écart de ± 5 % au maximum avec la moyenne).

Georges a un frère jumeau, Bernard. Ils sont nés quinze jours avant terme. Leurs tailles étaient de 45 centimètres, avec une réduction de 5 centimètres ou 10 % sur la taille du nouveau-né à terme (50 cm.). Tous deux présentaient des *hypotrophies staturales moyennes* (réduction staturale de 10 à 14 %). Georges pesait 2 kg. 250, Bernard 2 kg. 500.

D'après Mme D..., Bernard a toujours été normal. A 10 ans 6 mois, il mesure 115 centimètres au lieu de 133 centimètres ; il a une réduction staturale de 18 centimètres, soit 13,5 % ; son hypotrophie staturale est toujours moyenne, mais elle a augmenté de 3,5 % depuis la naissance ; il a la taille d'un garçon de 7 ans 2 mois. Son poids de 23 kilos est supérieur au poids de son âge (26 kg. 250) de 2 kilos ou 9,5 % au poids conforme à sa taille (21 kg.) ; il a un poids moyen, n'est ni maigre, ni obèse.

Georges a 10 ans 6 mois. Voici son ANTHROPOMÉTRIE :

Taille (T) : 92 centimètres, au lieu de 133 centimètres. Réduction staturale : 41 centimètres ou 30.8 %. Taille de 3 ans 4 mois. Il s'agit d'un nanisme (réduction staturale d'au moins 20 %).

En comparaison avec un garçon de 3 ans 4 mois :

B	54 cm.	au lieu de	52 cm. 5
S	38	»	39 cm. 5
$\frac{S}{B}$	0,703	»	0,752
P	16 kg. 300	»	13 kg.
$\frac{P}{T}$	177	»	141
Pt xiphoïdien	53 cm.	»	49 cm. 5
$\frac{Pt}{T}$	0,576	»	0,538
Coefficient de Pignet	22,7	»	29,6
Pc	51 cm.	»	49 cm.
$\frac{Pc}{T}$	0,554	»	0,532

Les caractères anthropométriques de Georges sont bien ceux d'un *nain myxœdémateux.*

Sa *taille* (T) est réduite de 30,8 pour % : à 10 ans 6 mois, il a celle d'un garçon de 3 ans 4 mois.

En comparaison avec un garçon de cet âge :

Son *buste* (B) est plus long et ses *membres inférieurs* (S) sont plus courts, respectivement chacun de 1 cm. 5 : son *rapport de Manouvrier* $\left(\frac{S}{B}\right)$ est inférieur de 0,049, à la limite de la *brachyskélie* (rapport inférieur d'au moins 0,050 à la moyenne).
moins 0,050 à la moyenne).

Son *poids* (P) est supérieur de 23,3 %, son *rapport du poids à la taille* de 36 : on admet généralement qu'un excès de poids de 15 % sur la moyenne dépasse les limites des variations physiologiques.

Le *périmètre thoracique* (Pt), mesuré à la hauteur de l'appendice xiphoïde, est supérieur de 3 cm. 5 et le *rapport du périmètre thoracique à la taille* $\left(\frac{Pt}{T}\right)$ de 0,038.

Le coefficient de Pignet [T — (P + Pt)] inférieur de 6,9 témoigne d'une *forte corpulence.*

Le *périmètre cranien occipito-frontal* (Pc) est supérieur de 2 centimètres et le *rapport du périmètre cranien à la taille* de 0,022.

L'EXAMEN CLINIQUE ne laisse aucun doute sur l'existence du *myxœdème.*

Les *téguments* sont bouffis ; la *peau* est froide, sèche, pâle et jaunâtre.

Les vingt *dents de lait* persistent et les prémolaires sont cariées. Il n'y a pas de dent de remplacement ; les dents de 6 ans ne sont pas sorties.

La respiration nasale est bruyante, le nez toujours bouché ; les rhinopharyngites sont fréquentes. Il est probable qu'il y a des *végétations adénoïdes.*

Georges a toujours eu de l'*anorexie* et de la *constipation.* Il faut le faire manger ; il n'accepte que les soupes, les bouillies, les purées, refuse la viande, ne mastique pas.

Son *abdomen* est gros, tympané. La radiologie fait constater un volumineux *mégacôlon* généralisé et un *mégarectum.*

Il n'a marché qu'à 3 ans et son frère à 1 an, n'a commencé à parler qu'à 5 ans et son frère à l'âge habituel.

Actuellement il parle assez bien, lit et écrit les lettres de l'alphabet. Il compte sur ses doigts jusqu'à 5, ne sait pas faire l'addition la plus simple.

Il est doux, tranquille, sociable, reconnaît les personnes qui fréquentent la maison. Sa mémoire est assez bonne.

Il ne joue avec les autres enfants que depuis l'âge de 8 ans et joue peu.

Par ailleurs, il est sujet à l'*urticaire.*

Sur les *radiographies des genoux* et des *cous-de-pied*, on voit les cartilages de conjugaison larges et nets, les noyaux épiphysaires assez gros ; sur les extrémités correspondantes des diaphyses du fémur, du tibia, du péroné, sept ou huit stries horizontales claires et autant de foncées.

Le *crâne* est épais, la *selle turcique normale.*

Les *symptômes du myxœdème* sont, somme toute, quelque peu atténués. Le diagnostic a été, heureusement, porté à 5 ans ; depuis cet âge l'enfant est soumis régulièrement à l'*opothérapie thyroïdienne.*

L'observation de Georges est très instructive. Je ne signale que quelques points.

Le *nanisme* est le type du *nanisme complexe.* Il tient ses caractères des symptômes du myxœdème et du trouble apporté à la croissance staturale par la carence thyroïdienne. Il est bien différent des autres nanismes complexes et surtout du nanisme simple.

Le *retard de l'apparition des dents permanentes* de remplacement et d'emblée.

Les *végétations adénoïdes* fréquentes chez les myxœdémateux.

Le *mégacôlon* et le *mégarectum* qu'on rencontre de temps en temps chez eux.

La *gémellité.* — Contrairement à une opinion très répandue, les deux frères sont très dissemblables. Bernard est normal, d'après Mme D... ; il n'est pas myxœdémateux, n'a pas de mégacôlon. Il présente une réduction staturale importante.

Il serait intéressant d'étudier ses caractères anthropométriques. Rien n'autorise à attribuer son hypotrophie staturale à une carence thyroïdienne. Il est bien probable qu'elle est d'origine familiale.

Quoi qu'il en soit, Georges bénéficie de l'*opothérapie thyroïdienne* poursuivie depuis l'âge de 5 ans. Il faut la continuer sans hésitation et pendant très longtemps, sinon toujours. Je prescris une dose quotidienne de 0 gr. 10 d'extrait thyroïdien, avec une interruption d'un jour tous les sixièmes jours. Il est légitimement permis d'espérer que les symptômes du myxœdème continueront de rétrocéder et que la croissance staturale se poursuivra. Mais il est très probable que la taille ne sera jamais normale. Un garçon normal qui, à 10 ans 3 mois, mesure 133 centimètres, mesure 166 centimètres à 20 ans ; il grandit de 33 centimètres. En mettant les choses au mieux, Georges peut avoir ce même accroissement ; mais comme il mesure seulement 92 centimètres, sa taille, à 20 ans, sera de 125 centimètres, la réduction staturale de 41 centimètres, soit de 24,6 % : il sera toujours un nain.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE

Séance du 21 mars 1943

Syndrome de myocardie guéri après injections de désoxycorticostérone. — MM. Ed. Doumer et J. Merlen (de Lille) apportent l'observation d'un enfant de 3 ans qui a présenté, sans raison, un syndrome d'insuffisance cardiaque grave, avec dyspnée importante et cyanose des lèvres, tachycardie extrême et bruit de galop, grosse hématomégalie, œdèmes des membres inférieurs. De toutes petites doses de digitaline ont eu, chaque fois, pour effet de diminuer la dyspnée et la tachycardie, d'atténuer le galop, de réduire les œdèmes et l'hépatomégalie, mais les résultats obtenus, d'ailleurs incomplets, n'étaient que passagers et ne survivaient pas à la suppression du médicament. Une série d'injections de 2 milligr. de désoxycorticostérone a fait définitivement disparaître, en quelques jours, tous les éléments de ce syndrome ; l'enfant a retrouvé le comportement d'un enfant normal et peut courir comme avant d'être malade. La guérison se maintient après six mois.

Flutter de longue durée à évolution bénigne chez un enfant. — M. F. Joly.

Deux nouveaux cas d'anévrysme disséquant de l'aorte. — MM. Delarue, Facquet et Hewitt.

A propos du diagnostic clinique du rétrécissement pulmonaire congénital. — MM. Routier et Escalle.

Les formes partielles des dilatations congénitales de l'artère pulmonaire. — MM. P. Soulié, Y. Bouvrain et F. Joly. — Les dilatations congénitales de l'artère pulmonaire peuvent être divisées en deux groupes : syndrome « grosse pulmonaire, petite aorte », avec ou sans communication interauriculaire, et grosse pulmonaire avec aorte normale. Parmi ces dernières, la dilatation peut intéresser l'ensemble de l'arbre pulmonaire ; elle peut être localisée au tronc, les branches restant normales ; elle peut enfin respecter le tronc et n'atteindre que l'une des branches de division ou les deux.

Présentation de six observations de formes partielles de grosses pulmonaires congénitales. Cliniquement on entend généralement un souffle systolique le long du bord gauche du sternum et dans le dos. L'E. C. G. montre dans cinq cas sur six une déviation droite plus ou moins accentuée de l'axe électrique du cœur. Radiologiquement, l'aspect normal de la silhouette cardio-aortique et de l'arc moyen contraste avec la dilatation parfois énorme de l'une ou des deux branches de l'artère pulmonaire.

Deux cas de dilatation segmentaire congénital de l'artère pulmonaire. — M. J. Lenègre, Mme J. Roudinesco et Mlle G. Marquis.

Remarques sur les modifications dans le temps des « grosses artères pulmonaires ». — MM. D. Routier et R. Heim de Balsac. — A propos de la communication de Soulié, Bouvrain et Joly, les auteurs présentent l'observation d'une jeune fille qui, à 18 ans, avait un cœur radiologiquement normal, mais une saillie de l'arc moyen et des artères pulmonaires, droite et gauche, plus volumineuses que normalement. L'aorte était normale en frontale. Sept ans plus tard, elle était dyspnéique, avait une paralysie de la corde vocale gauche, un frémissement et un souffle diastolique du 2e espace intercostal gauche et, radiologiquement, un très gros cœur avec énorme saillie de l'arc moyen, augmentation considérable des deux artères pulmonaires et hémicercle aortique à peine visible.

Il semble donc que les modifications légères de l'arbre artériel pulmonaire observées lors du jeune âge se transforment chez l'adulte en dilatation considérable de tout l'arbre artériel pulmonaire avec petite aorte. Les auteurs soulignent l'importance de ce fait, et discutent un facteur évolutif, frappant ces sujets et donnant ses pleins effets par suite d'une prédisposition congénitale.

Les modifications radiologiques de la silhouette cardio-aortique dans la maladie d'Addison, spécialement sous l'influence du traitement par la désoxycorticostérone. — MM. C. Lian, J. Facquet et P. Alhomme. — Les auteurs étudient à ce point de vue trois addisonniens. Avant traitement la silhouette cardio-aortique est diminuée par rapport au poids et à la taille des malades.

Les modifications radiologiques consécutives au traitement par la désoxycorticotérone se font dans le même sens chez les trois sujets.

Dans le premier cas, le médicament, administré à fortes doses, entraîne, en même temps que le relèvement de la pression artérielle et du poids, une forte augmentation de l'ombre cardiaque, un léger élargissement de l'aorte, un hydrothorax bilatéral. On note en outre un bruit de galop discret, de légères modifications de l'électrocardiogramme. La vitesse circulatoire reste normale. Les anomalies radiologiques rétrocèdent progressivement avec la diminution des doses médicamenteuses.

Chez le second malade on assiste à une évolution tout à fait identique de l'image cardio-aortique. Poussées fébriles intermittentes, mort subite. A l'autopsie, hydropéricarde (600 cm³), hydrothorax droit, cœur normal, sauf un léger œdème du ventricule droit.

Dans le troisième cas, le traitement entraîne des modifications radiologiques beaucoup moins importantes, ayant nécessité pour les produire des doses médicamenteuses très fortes (35 milligr. par jour).

Dans ces trois observations on note un parallélisme étroit entre les modifications radiologiques et l'évolution du poids et de la pression artérielle.

Les auteurs discutent le mécanisme des anomalies radiologiques consécutives au traitement et incriminent deux facteurs principaux : l'œdème myo-péricardique, l'augmentation de la masse sanguine.

Ils concluent à la nécessité d'une progression prudente et contrôlée dans l'administration de la désoxycorticostérone, notamment chez les sujets âgés ou suspects d'une tare cardiovasculaire.

Les modifications radiologiques cardioaortiques dans les néphrites aiguës hydropigènes. — MM. C. Lian, J. Facquet et P. Alhomme. — Dans trois cas de néphrite aiguë hydropigène, les auteurs observent au point de vue radiologique une augmentation très importante de l'ombre cardiaque qui prend un aspect globuleux, un léger élargissement du calibre aortique, un hydrothorax uni ou bilatéral.

Ces anomalies disparaissent progressivement en même temps que les œdèmes périphériques sous l'influence du régime sec et du repos au lit.

Au point de vue pathogénique, l'œdème myo-péricardique et l'augmentation de la masse sanguine sont les deux facteurs qu'il est le plus plausible d'incriminer.

Le rôle de l'hypertension artérielle paraît moins important à en juger par une des observations dans laquelle l'évolution se fit en deux temps : d'abord, retour à la normale des dimensions cardiaques, la pression artérielle restant élevée (19-10) et inchangée, puis retour progressif à la normale de la pression artérielle, sans rétrocession nouvelle des dimensions cardiaques.

Ces constatations, jointes à celles faites chez l'addisonnien, tendant à faire conclure que le volume de l'ombre cardiaque subit la répercussion de la teneur en eau des tissus.

Discussion. — M. Lenègre rapproche les observations de MM. Lian, Facquet et Alhomme sur les œdèmes de la maladie d'Addison traitée par l'acétate de désoxycorticostérone, de MM. Lian, Facquet et Alhomme, de MM. Mouquin, Langevin et Chateau, de lui-même avec Minkowski sur les troubles viscéraux (et particulièrement le gros cœur), des néphrites aiguës. Il rappelle les remarques de M. Roger Froment sur la présence dans certains états hydropiques par déséquilibre et insuffisance alimentaires, d'un gros cœur avec épanchement péricardique, ainsi que ses communications antérieures sur les épanchements péricardiques des myxœdémateux avec MM. Raymond Garcin, J.-J. Welti et J. Salet, puis avec MM. Pasteur Vallery-Radot et J.-J. Welti. Tous ces faits montrent l'importance de l'infiltration œdémateuse des espaces interstitiels et des cellules elles-mêmes au cours de troubles métaboliques ou humoraux variés.

A côté de ces hydropisies « chimiques » plus ou moins généralisées, Lenègre insiste sur les œdèmes localisés, actifs et fluxionnaires, cantonnés à tel ou tel organe ou à une partie seulement d'un organe. Ils sont alors de nature vasomotrice et jouent un rôle de premier plan dans un grand nombre de manifestations paroxystiques qui émaillent l'évolution des affections nerveuses et cardio-artérielles : apoplexies myocardiques de l'insuffisance coronarienne et surtout de l'aortite syphilitique, œdème pulmonaire récidivant et pleurésie des cardiaques. Si l'importance de ces œdèmes viscéraux ou subaigus a longtemps été méconnue, c'est qu'ils sont fugaces et qu'ils ne laissent souvent, après la mort, aucune trace macroscopique ni même microscopique décisive.

Syndrome cardio-vasculaire de la néphrite aiguë avec œdème. Présence d'un petit épanchement péricardique. — MM. J. Lenègre et A. Minkowski.

Cardiopathies ventriculaires droites d'aspect mitral. — MM. Roger Froment et C.-A. Baud rapportent deux observations anatomo-cliniques où une distension ventriculaire droite autonome (par endocardite infectieuse tricuspidienne ou par myocardique d'origine indéterminée) où l'aspect radiologique comportait la même *saillie radiologique à pente douce du 2e arc* que les lésions mitrales organiques. L'analogie se complétait dans un cas par l'existence d'un *souffle d'insuffisance tricuspidienne fonctionnelle ayant la topographie apexo-axillaire et dorsale des souffles d'insuffisance mitrale.*

Le syndrome infundibulo-pulmonaire. — MM. Roger Froment et A. Gonin insistent sur le syndrome clinique qui accompagne la saillie radiologique du 2e arc sur le bord gauche du cœur et dépend comme lui de la distension de l'*infundibulum* du *ventricule droit*. Les éléments du syndrome consistent en signes palpatoires (impulsion systolique parasternale gauche haute, dans le deuxième espace, frémissement grêle éventuel et claquement des bruits sous la main dans la même région) et en signes stéthoscopiques (clangor superficiel des deux bruits au foyer pulmonaire, dédoublement vrai du 2e bruit, souffle systolique parasternal gauche s'atténuant en inspiration et orthostatisme). Ce syndrome s'observe :

1° Dans les *lésions mitrales* où il permet de présumer de la saillie du 2e arc et constitue parfois la seule séméiologie objective ;

2° Dans les lésions *mitro-aortiques* où la distension infundibulaire entraîne en outre la déviation vers la gauche des signes sigmoïdiens créant en particulier une *insuffisance aortique à séméiologie physique pulmonaire.*

3° Dans les dilatations congénitales de l'artère pulmonaire, dans certaines affections ventriculaires droites, dans les sinistrocardies acquises ; dans la maladie de Basedow : toutes circonstances où le syndrome joue de plus ou moins près le rétrécissement artériel pulmonaire. Ainsi ce syndrome infundibulo-pulmonaire apparaît comme un carrefour de la pathologie mitrale, artérielle pulmonaire et ventriculaire droite autonome.

Forme spéciale de tachysystolie auriculaire évoluant depuis près de vingt ans chez un sujet jeune. — M. E. Donzelot. — Il s'agit d'une jeune fille de 33 ans, qui présente depuis l'âge de 13 ans une tachycardie régulière ordinairement à 180 ; parfois à 120, parfois, enfin, à 60 à la minute. Les courbes électriques montrent que l'on est en présence des rythmes 1/1, 2/1, 3/1.

On ne saurait assimiler ce trouble à une tachycardie sinusale banale. On ne peut non plus l'assimiler à un flutter, dont les ondes auriculaires aux environs de 300 à la minute se présentant sous la forme de vagues successives presque imbriquées les unes dans les autres, alors que dans ce cas particulier les ondes auriculaires ont un aspect presque normal. Le terme qui conviendrait le mieux pour qualifier ce trouble semble être celui de *tachysystolie auriculaire normotype*.

Le pronostic de cette forme spéciale de tachysystolie est certainement différent de celui du flutter ; la jeune fille en question, après vingt ans de ce trouble, semble à l'heure actuelle, disposer d'une capacité fonctionnelle cardiaque normale.

Séance du 16 mai 1943

Insuffisance myocardique primitive à marche rapidement mortelle. — M. P.-M. Deschamps. — Chez un homme de 41 ans, jusqu'alors indemne de toute tare cardiaque, on vit apparaître en quelques semaines un syndrome complet d'effondrement de la fonction myocardique : dilatation du cœur, assourdissment des bruits, souffle d'insuffisance mitrale fonctionnelle, bruit de galop, alternance du pouls.

Par ailleurs, les signes de stase circulatoire périphérique faisaient défaut et l'électrocardiogramme montrait l'absence de déformations des complexes ventriculaires.

La mort survient en moins de trois mois, par insuffisance ventriculaire progressive, aboutissant au collapsus cardiaque, sans que la thérapeutique instituée ait pu avoir la moindre action. Un tel fait s'apparente de très près aux myocardies à forme pure décrites par Laubry et ses élèves. La pathogénie en demeure encore aujourd'hui absolument mystérieuse.

Aspects radiologiques inhabituels du cœur chez l'enfant. — MM. P. Soulié, F. Joly et Y. Bouvrain. — Chez l'enfant normal, l'examen radiologique peut inopinément révéler un aspect inhabituel de la silhouette cardiaque. En particulier, deux éventualités s'observent à des degrés variables :

a) Une saillie accentuée de l'arc moyen, avec légère rotation du cœur en O. A. D. qui dégage la crosse artérielle droite et masque l'artère pulmonaire gauche ;

b) Une forte convexité de l'arc droit, avec légère rotation du cœur en O. A. G. qui masque l'artère pulmonaire droite et dégage la crosse artérielle gauche. Dans ce cas, le cœur prend une position médiane ou même déborde en ligne médiane à droite plus qu'à gauche. Pourtant la pointe reste à gauche et le pédicule reste en place.

Les auteurs présentent vingt cas illustrant le premier groupe de faits et cinq cas le deuxième groupe, ces aspects étant apparus lors des examens radioscopiques systématiques pratiqués par les Assurances Sociales dans les écoles de Paris, Seine et Seine-et-Oise. L'étude clinique, celle de la cinématique cardiaque à l'écran et des tracés électrocardiographiques, n'ont montré aucune anomalie. Ces divers cas, pour être reliés par des aspects morphologiques identiques, ne sont peut-être pas tous identiques, certains d'entre eux étant capables, ultérieurement, d'affirmer des traits franchement pathologiques. Mais pour la plupart, il semble ne s'agir que de simples dispositions congénitales du cœur dans la poitrine, des anomalies de situation susceptibles de se corriger plus ou moins partiellement à l'adolescence.

Les lésions aortiques et cardiaques de l'aortite syphilitique. — MM. J. Lenègre et A. Hazim. — Ce travail est basé sur vingt observations anatomo-cliniques dûment contrôlées d'aortite syphilitique sus-sigmoïdienne. En ce qui concerne les lésions macroscopiques de l'aorte, les auteurs insistent sur l'épaississement parfois considérable des parois aortiques, et sur deux conséquences anatomiques tout à fait particulières des plaques fibreuses de l'endaorte : la sténose coronaire ostiale (11 fois sur 20) plus ou moins serrée mais toujours strictement cantonnée à l'orifice, et la sigmoïdite syphilitique (18 fois sur 20) qui a deux caractères spécifiques, à savoir la disjonction avec écartement des commissures valvulaires, et l'épaississement en forme de corde ou de lèvre du bord libre des sigmoïdes. Il n'y a jamais de sténose orificielle. Microscopiquement, les auteurs soulignent que les lésions inflammatoires irritatives voisinent dans l'adventice avec les fibres nerveuses sympathiques péri-aortiques.

Si les lésions aortiques sont hautement spécifiques, il n'en va pas de même des lésions cardiaques, cependant évidentes et souvent intenses : endocardiques, péricardiques et myocardiques. Différents aspects macroscopiques ont été observés : myocarde pâle et exsangue (avec cœur relativement petit), des ischémies par occlusion ostiale, habituellement terminées par l'angor et la mort subite ; myocarde œdémateux ou congestif (avec cœur volumineux) des malades morts dans l'insuffisance ventriculaire progressive. Les aspects peuvent être mixtes. Très souvent, il s'y ajoute de petits foyers de sclérose molle (surtout dans la pointe et les piliers), mais l'infarctus myocardique reste exceptionnel. Les réactions dites spécifiques (gommes ou nodules miliaires, artériolite et périvascularite), n'ont été retrouvées dans aucun des vingt cas. Les lésions histologiques du myocarde dans les aortites syphilitiques ne diffèrent pas sensiblement de celles que l'on observe dans le myocarde des cardiaques non syphilitiques.

En somme, si les lésions aortiques portent indéniablement le cachet de la vérole, il n'en va pas généralement de même des lésions myocardiques. Les premières semblent directement liées à l'action du tréponème, les secondes non, mais plutôt à la présence d'une insuffisance aortique, d'une coronarite ostiale et — pour les auteurs — de lésions inflammatoires périaortiques qui, par irritation prolongée des fibres nerveuses sympathiques, sont peut-être à la base de certaines poussées congestives ou œdémateuses dans le myocarde et les poumons. On serait alors en droit, mais ceci reste une hypothèse, de parler dans ces cas d'une myocardite vasomotrice dont la nature indirectement syphilitique explique la résistance aux traitements spécifiques.

Déformations transitoires des courbes électriques après un accès de rythme hétérotope. — M. E. Donzelot présente les tracés d'un jeune homme de 25 ans qui fait des accès de tachycardie paroxystique depuis l'âge de 12 ans. A la suite du dernier accès il a présenté, pendant une huitaine de jours, des déformations des courbes électriques (segment S T curviligne et légèrement décalé, T fortement négatif en D II et D III).

L'auteur estime que ces déformations transitoires ne sont pas le résultat d'un fait nouveau consécutif à l'accès, mais qu'elles ont la valeur de véritables séquelles relevant de la cause même qui a provoqué l'accès. La perturbation circulatoire paraît peu vraisemblable en raison de l'âge du sujet. Il s'agit vraisemblablement d'un trouble du métabolisme myocardique. Il est malheureusement impossible, à l'heure actuelle, de pousser plus loin les précisions.

A propos d'une ectasie de l'aorte abdominale sans signes périphériques. — M. Boumard (d'Angers) présente un anévrysme de l'aorte abdominale, volumineux, sans battements expansifs, sans signes périphériques. La T. A. est équivalente sinon supérieure aux membres inférieurs à celle des membres supérieurs, les pulsations fémorales et radiales inscrites sont rigoureusement synchrones. Aucune réaction sérologique, ni aucune modification du liquide C. R., ni aucun signe clinique ne viennent prouver une étiologie syphilitique de l'ectasie en question.

Large communication interventriculaire avec transpositions des vaisseaux de type exceptionnel. Longue survie (présentation de pièce). — MM. Mouquin, Langevin et Chateau.

Les frontières du flutter auriculaire. — MM. Lian et Facquet.

Le régime sec dans les grandes insuffisances cardiaques. — MM. Lian, Facquet et Alhomme.

Crises répétées d'œdème aigu pulmonaire. Espacement considérable des accès sous l'influence d'infiltrations stellaires novocaïniques. — MM. Gaquière et Decressac.

A propos du syndrome de Stokes-Adams, les auteurs rapportent plusieurs cas d'accidents cérébraux dus à l'ischémie cérébrale par arythmie extrasystolique. — MM. Mériel, de Brux et Bollinelli.

CENTENAIRE DE LA NAISSANCE DE JUST LUCAS-CHAMPIONNIÈRE

(1843-1913)

Just Lucas-Championnière, le grand chirurgien à qui l'on doit l'introduction en France de la méthode de Lister, était né le 15 août 1843, à Saint-Léonard, dans l'Oise. Descendant d'un chef vendéen, compagnon de Charette, Lucas-Championnière était le fils d'un médecin très estimé, fondateur du *Journal de Médecine et de Chirurgie Pratiques* dont le prestige reste toujours grand après 114 années d'existence.

Just Lucas-Championnière et son frère inséparable, Paul, étaient encore internes des hôpitaux de Paris lorsqu'ils succédèrent à leur père dans la direction du journal. A leur mort le flambeau fut relevé par leurs fils : Paul-Henri et Just II disparus prématurément tous les deux en laissant une tradition perpétuée par la famille et les élèves de Championnière.

Le journal fut donc le point de départ et resta la tribune de Just Lucas-Championnière. En 1869, il y publiait le récit de sa première visite à Lister. Cet article devait avoir en France un grand retentissement. N'indiquait-il pas la mise en pratique des doctrines pastoriennes alors toutes nouvelles ?

Sa carrière de journaliste médical, si brillamment commencée, ne détourna pas Championnière des concours. Il arrive chirurgien des hôpitaux en 1879. Il fait d'abord de l'obstétrique, les accoucheurs des hôpitaux n'étant pas encore créés, puis des voies urinaires. Enfin il se consacre uniquement à la chirurgie en abordant avec un égal succès la chirurgie abdominale, celle des hernies, la chirurgie des membres et la chirurgie articulaire. Toujours il applique rigoureusement les règles de l'antisepsie qu'il tenait de Lister lui-même.

Il est inutile de rappeler les luttes que Championnière eut à soutenir contre les tenants de l'asepsie pure. On les connaît. Lucas-Championnière obtint une première revanche le jour où la teinture d'iode fut préconisée en chirurgie. Il monta à la tribune de la Société de Chirurgie pour faire remarquer à Walther et à Reclus que l'emploi de la teinture d'iode était un retour à l'antisepsie.

On pourrait aujourd'hui faire une observation analogue à propos de l'emploi des sulfamides et cela ne diminuerait pas la valeur de l'asepsie qui reste la base de la pratique opératoire.

Just Lucas-Championnière était un homme d'une haute culture. Son esprit curieux, s'intéressait à tous les progrès, même en dehors de la chirurgie. On n'a pas oublié qu'il fut sportif à l'époque où le mot existait à peine et qu'il fut le premier président du T. C. F.

Son caractère était d'une grande noblesse. Sa loyauté, sa franchise en même temps que son extrême bonté et sa simplicité lui avaient attaché pour toujours ses élèves ; elles avaient rallié aussi bien des adversaires. On le respectait et on l'admirait dans le monde entier.

L'Académie de médecine, l'Institut de France, les plus illustres sociétés étrangères lui avaient ouvert leurs portes. Comme Lister et comme Pasteur, il eut l'honneur d'un jubilé.

Le 22 octobre 1913, à l'Académie des Sciences, comme il venait de faire une lecture sur la trépanation préhistorique, il s'affaissa et s'éteignit en quelques instants.

F. L. S.


HYPERTENSION

SANTÉ PUBLIQUE

Activités du secrétariat d'Etat à la Santé depuis le mois de mai 1942

L'activité du secrétariat d'Etat s'est poursuivie depuis cette date dans le double domaine de l'organisation des corporations de la santé publique, et de l'amélioration des conditions de fonctionnement des institutions d'assistance, de prévoyance et d'hygiène sociales.

A. — Organisation des professions de la santé publique et conditions d'exercice de ces professions :

1° Profession médicale. — a) Organisation de la profession. — Loi du 7 octobre 1942, sur l'Ordre des Médecins, et règlement d'administration fixant les modalités des élections.

b) Conditions d'exercice de la médecine : Médecins des camps de prisonniers. — Cette question a retenu de façon toute particulière l'attention du secrétaire d'Etat. En premier lieu, l'accord des autorités allemandes a été négocié et obtenu sur le principe de la relève : les modalités d'application, en ce qui concerne la participation des autorités françaises, ont été fixées par la loi du 25 mars 1943 (réquisition des médecins civils destinés à remplacer les médecins des camps).

D'autre part, une attention particulière a été consacrée à la préservation des intérêts des médecins prisonniers ; de cette préoccupation est sortie la loi du 28 août 1942 (dont les avantages ont été étendus aux médecins participant à la relève, par la loi du 24 décembre 1942). Ce texte permet de délimiter dans les localités rurales une circonscription réservée autour du lieu d'exercice de tout médecin retenu en captivité ; dans les villes, il incite à une redistribution des postes fixés, au profit des médecins anciens prisonniers.

Fiscalité dans la profession médicale : La fiscalité de la profession médicale a été réformée par la loi du 24 octobre 1942, modifiant le code des impôts directs. Ce texte a introduit le principe nouveau de l'option entre le régime du bénéfice forfaitaire et celui du bénéfice réel. D'autre part, en cas de différends survenant entre un membre du corps médical et l'administration des Finances, il sera désormais fait appel à un préconciliateur, désigné par la corporation. Enfin, diverses mesures fiscales antérieures ayant un caractère un peu vexatoire pour les médecins ont été supprimées (carnet de reçus, inscriptions des honoraires sur les feuilles d'A. S., déclaration au fisc des honoraires versés par les malades).

Allocations familiales : Une décision relativement récente de la Caisse d'Allocations familiales des professions médicales exonère de leur cotisation les médecins âgés de plus de 70 ans, ayant un revenu professionnel inférieur à 50.000 francs par an.

Médecins d'origine étrangère : L'application de la législation sur les médecins d'origine étrangère a été poursuivie avec une particulière activité.

A l'heure actuelle, sur un peu plus de 3.500 dossiers adressés au secrétariat d'Etat, 2.600 environ ont été examinés. Ils ont donné lieu à l'attribution de 990 autorisations d'exercer et de 725 rejets définitifs. Par ailleurs, le nombre des autorisations de droit (protégés, administrés, Français, anciens combattants) s'est élevé à 525.

Il est à noter que l'application de la loi a été rendue difficile par l'intervention de conventions diplomatiques, que les nécessités de la politique étrangère de la France imposent dans un certain nombre de cas de respecter.

Enfin le secrétariat d'Etat est intervenu dans un certain nombre de questions intéressant l'exercice de la profession médicale, notamment : carburant, retraite du médecin.

2° Profession pharmaceutique. — Les grandes lignes de l'organisation de la profession pharmaceutique ont été données par la loi du 11 septembre 1942.

3° Profession dentaire. — La profession dentaire a été réorganisée par la loi du 7 octobre 1942, qui donne une structure nouvelle à la fois à la profession médicale et à la profession dentaire.

4° Sages-femmes. — Les études de sages-femmes ont été refondues par la loi du 7 mai 1943. Les écoles préparant au diplôme d'Etat de sage-femme ont, d'autre part, été réorganisées sur un plan très voisin de celui qui régit les écoles d'assistantes sociales. L'administration étudie actuellement un projet de loi qui aura pour effet d'organiser sur le plan corporatif la profession de sage-femme.

5° Auxiliariat médical. — Le premier soin du secrétaire d'Etat à la Santé, dès son arrivée au gouvernement, a été de rétablir l'unité de formation et d'homogénéité du cadre des assistantes sociales. Sur le plan de la profession, un projet de loi actuellement à l'étude prévoit la création d'une Union nationale des assistantes sociales. Parallèlement, un second projet de loi définit sur le plan juridique l'exercice de la profession d'assistante sociale. Les masseurs médicaux ont également fait l'objet d'un texte de loi. Enfin, un décret crée un diplôme d'Etat de moniteur de gymnastique médicale.

6° La corporaion de la santé. — Cette construction préliminaire permettra d'envisager à bref délai l'édification de la corporation de la santé, où ces diverses professions trouveront une place en rapport avec leur importance particulière.

B. — Réforme et perfectionnement de l'organisation sanitaire.

1° Prééminence de la santé. — L'une des premières préoccupations du secrétaire d'Etat à la Santé a été de donner aux services de la Santé la place qui leur revient dans l'organisation nationale, ainsi que l'autorité dont ils doivent jouir.

Ainsi l'unité de commandement en matière sanitaire a-t-elle été posée en principe par la loi du 27 juillet 1942, qui donne au secrétariat d'Etat à la Santé des pouvoirs étendus.

2° Hygiène publique. — Les problèmes suivants ont été envisagés :

a) Lutte antituberculeuse. — Le rôle et l'organisation pratique des Dispensaires antituberculeux ont été précisés par la loi du 1er février 1943, qui donne à ces organismes la place qui leur revient dans l'organisation sanitaire moderne.

Pour poursuivre la réorganisation technique des Dispensaires antituberculeux, un arrêté a fixé les conditions d'aménagement qui leur seront désormais imposées. Parallèlement un décret a institué le titre de médecin-phtisiologue des Services publics.

Le fonctionnement des préventoriums et des colonies sanitaires a été réorganisé par la loi du 16 décembre 1942.

b) Maladies vénériennes. — L'augmentation rapide des maladies vénériennes a incité le Secrétariat d'Etat à prendre des mesures de police sanitaire rigoureuses ; cette loi du 31 décembre 1942 a été complétée par un décret instituant dans chaque région sanitaire un médecin consultant de vénéréologie.

c) Alcoolisme. — L'application de la législation sur la répression de l'alcoolisme a été poursuivie avec énergie.

d) Hôpitaux publics. — L'organisation générale des hôpitaux publics avait été donnée par la loi du 1er décembre 1941 ; le secrétariat d'Etat a donc travaillé à l'application de ce texte. De ces travaux est né le règlement d'administration publique du 17 avril 1943.

e) Réforme des grandes commissions du secrétariat d'Etat à la Santé.

3° La législation sur la protection de l'enfance. — La situation démographique de la France lui impose de veiller avec une particulière attention sur la santé physique et morale de ses enfants. Les textes suivants ont été préparés par le secrétariat d'Etat à la Santé et ont vu le jour depuis moins d'un an :

Loi du 22 décembre 1942, véritable code de la Protection maternelle et infantile.

Loi du 15 avril 1943 sur l'Assistance à l'enfance.

Loi du 13 août 1943, relative à l'enfance délinquante.

4° La médecine du travail. — Le secrétariat d'Etat à la Santé a collaboré très étroitement avec le secrétariat d'Etat au Travail en vue de l'intégration de la médecine du travail dans les activités médicales et sociales contemporaines. Ainsi a été préparée la loi du 28 juillet 1942, relative aux services médicaux et sociaux du travail.

5° La liaison avec les Assurances sociales. — L'application de la législation sur les Assurances sociales (maladie, maternité) a pris une telle place dans l'exercice journalier de la médecine qu'elle impose une liaison constante entre le ministère du Travail et le secrétariat d'Etat à la Santé.

Tout d'abord le Contrôle médical des Caisses a été refondu par un arrêté du 16 novembre 1942.

Une liaison extrêmement étroite a été entretenue avec l'Institut d'action sanitaire des Assurances sociales, dont les travaux se poursuivent en accord avec le département de la Santé.

Enfin, la nomenclature des actes professionnels prévue pour l'application des Assurances sociales ayant soulevé de la part des médecins un certain nombre d'objections, sa refonte a été mise en chantier et est actuellement sur le point d'aboutir.

6° Activités diverses. — L'activité du secrétariat à la Santé s'est encore manifestée par les créations suivantes : Carnet de santé, protection sanitaire des étudiants, modification de la situation des inspecteurs-adjoints de la Santé.

LOI N° 430 DU 29 JUILLET 1943 relative au certificat d'examen médical avant le mariage, institué par l'article 4 de la loi du 16 décembre 1942 (« J. O. », 19 août 1943).

Art. 1er. — L'article 4 de la loi du 16 décembre 1942 relative à la protection de la maternité et de la première enfance est modifié ainsi qu'il suit :

« Art. 4. — Il est ajouté à l'article 63 du code civil les deux alinéas suivants :

« L'officier de l'état civil ne pourra procéder à la publication prévue à l'alinéa ci-dessus ni, en cas de dispense de publication, à la célébration du mariage, qu'après la remise par chacun des futurs époux, d'un certificat médical datant de moins d'un mois, attestant, à l'exclusion de toute autre indication, qu'il a été examiné en vue du mariage.

« L'officier de l'état civil qui ne se conformera pas aux prescriptions de l'alinéa précédent sera poursuivi devant le tribunal de première instance et puni d'une amende qui ne pourra excéder 100 francs. »

(Le reste sans changement.)

Art. 2. — L'article 169 du code civil est ainsi complété :

« Il peut également, dans des cas exceptionnels, dispenser les futurs époux, ou l'un d'eux seulement, de la remise du certificat médical exigé par l'article 63, alinéa 2.

« Le certificat médical n'est exigible d'aucun des futurs époux au cas de péril imminent de mort de l'un d'eux prévu par l'article 75, deuxième alinéa, du code civil. »

Art. 3. — L'article 1er du décret-loi du 9 septembre 1939 ayant pour objet de permettre en temps de guerre le mariage sans comparution personnelle des militaires et marins présents sous les drapeaux, modifié par les lois des 5 mars 1940 et 25 janvier 1941, est complété par l'alinéa suivant :

« Par dérogation aux prescriptions de l'article 63 du code civil modifié par la loi du 16 décembre 1942, le délai de validité du certificat d'examen médical est porté, pour le futur époux qui ne comparaît pas en personne, de un à trois mois. »

Art. 4. — L'art. 362 du décret du 21 décembre 1934 portant codification en matière de droits de timbre est complété par l'alinéa suivant :

« Sont également délivrés sur papier libre les certificats médicaux exigés des futurs époux en vertu de l'article 63 de code civil. »

Art. 5. — Le présent décret sera publié au **Journal Officiel** et exécuté comme loi de l'Etat.

DECRET N° 2130 DU 20 JUILLET 1943 relatif à la prophylaxie et à la lutte contre les maladies vénériennes

Art. 1er. — L'avertissement prescrit par l'article 4 de la loi du 31 décembre 1942 relative à la prophylaxie et à la lutte contre les maladies vénériennes ;

La déclaration simple prévue à l'article 6 ;

La déclaration nominale prévue à l'article 7.

Les renseignements visés par l'article 8 concernant les agents contaminateurs,

seront consignés sur des formules dont le modèle est établi par le Secrétariat d'Etat à la Santé et à la Famille.

Art. 2. — Pour l'application de l'article 1er du présent décret, les médecins recevront gratuitement des carnets à souches numérotés, dont les feuillets seront également numérotés.

A. — Sur la souche, le médecin inscrira les renseignements suivants : nom, prénoms, date de naissance, adresse, profession et indicatif du malade, date de la remise de l'avis de contagiosité prévu au paragraphe B suivant et date de la reprise éventuelle du traitement.

Le médecin pourra exiger la production d'une pièce d'identité. Dans le cas où l'intéressé ne fournit pas cette justification, mention en sera faite sur la souche et sur la déclaration.

B. — Sur le premier feuillet détachable est imprimé l'avertissement prévu au premier alinéa de l'article 1er du présent décret.

Il contient l'essentiel des avertissements à donner au malade conformément à l'article 4 de la loi.

Il sera complété verbalement par toutes explications que le médecin jugera utile de donner au malade.

A la fin de chaque cure thérapeutique, pendant toute la période considérée comme contagieuse, le médecin notera, à la fois sur ce feuillet et sur la souche, la date à laquelle le malade doit obligatoirement reprendre le traitement.

C. — Le deuxième feuillet détachable se compose de deux volets :

1° Le premier volet dûment rempli par le médecin servira suivant le cas, soit pour la déclaration simple, soit pour la déclaration nominale;

2° Sur le deuxième volet ou « Bulletin de renseignements épidémiologiques » seront consignés les renseignements prévus à l'article 8 de la loi concernant l'identification des personnes présumées sources de contamination.

Ce deuxième feuillet détachable sera sans délai remis ou adressé en franchise à l'autorité sanitaire et portera la mention « Confidentiel : ne peut être ouvert que par un médecin ».

Art. 3. — Lorsque le malade atteint d'accidents vénériens contagieux refuse de se laisser traiter, la déclaration nominale prévue à l'article 7 de la loi devra être faite dans un délai de quarante-huit heures lorsque le malade habite la même localité que le médecin consulté ; dans un délai de cinq jours lorsque le malade habite une autre localité, à moins qu'il ne fournisse au médecin la preuve, prévue au troisième alinéa du présent article, qu'il a changé de conseiller médical.

Tout sujet atteint d'accidents vénériens contagieux qui, sans donner de raisons valables, ne commence pas le traitement ordonné ou l'interrompt en cours de cure, ou ne le reprend pas à la date indiquée sur la souche et le premier feuillet, sera considéré comme refusant de se faire traiter et devra faire l'objet d'une déclaration nominale. Suivant l'urgence du traitement et le degré de contagiosité, la déclaration nominale sera faite huit à quinze jours après la date de la consultation fixée par le médecin et à laquelle le malade s'est dérobé. Le médecin fera si possible un rappel au malade avant de procéder à cette déclaration nominale.

Pour éviter les déclarations nominales abusives, le médecin appelé à traiter un malade vénérien contagieux doit lui demander s'il ne vient pas d'interrompre le traitement commencé chez un autre médecin. Dans l'affirmative, il remettra au patient une lettre que celui-ci enverra au médecin précédemment consulté pour l'aviser du changement de conseiller médical.

Si l'affection vénérienne est reconnue par un médecin consultant, celui-ci se mettra immédiatement en rapport avec le médecin traitant choisi par le malade ; le médecin traitant se conformera aux dispositions prévues à l'article 2 du présent décret. Si le malade ne se présente pas au médecin traitant avisé par le médecin consultant, le médecin traitant se conformera aux dispositions prévues au deuxième alinéa de l'article 3.

Art. 4. — Des assistantes sociales spécialement déléguées à cet effet par l'autorité sanitaire remettront aux intéressés :

Soit l'un des avertissements prévus par les articles 9 et 10 de la loi ;

Soit l'invitation à présenter le certificat médical prévu à l'article 13 de la loi ;

Soit l'avis d'avoir à subir les examens médicaux prévus au même article.

Les notifications visées ci-dessus seront remises aux intéressés hors de la présence des tiers ; les assistantes sociales devront appuyer verbalement cette remise de commentaires destinés à souligner le caractère social des mesures prescrites.

Lorsque la personne intéressée se dérobe à tout entretien avec l'assistante sociale, les injonctions de l'autorité sanitaire lui seront adressées par carte-lettre recommandée avec avis de réception conforme au modèle établi par l'administration des postes. La partie extérieure de cette carte-lettre ne devra contenir d'autre mention que les nom et adresse du destinataire.

La vérification prévue par l'art. 10 (2e alinéa) de la loi au sujet de l'observance par le malade des prescriptions qui lui ont été faites sera assurée par les soins d'assistantes sociales.

Art. 5. — Lorsqu'en application du dernier alinéa de l'article 13 de la loi, l'autorité sanitaire jugera devoir prescrire des examens complémentaires elle le fera autant que possible d'accord avec le médecin traitant et sans toutefois que les mesures de prophylaxie puissent s'en trouvées retardées ou entravées.

Art. 6. — L'ordre d'avoir à se soumettre à l'hospitalisation d'office, par application des articles 9, 10 et 11 de la loi, sera notifié à la personne intéressée dans les formes prescrites à l'article 5 du présent décret.

Si, vingt-quatre heures après la remise de l'injonction par l'assistante sociale ou la réception de la carte-lettre recommandée prévue à l'article 6 du présent décret, le malade n'a pas obéi à l'ordre d'hospitalisation, le préfet, sur proposition de l'autorité sanitaire, ordonnera l'hospitalisation d'office par application de l'article 11 de la loi.

Art. 7. — Les hôpitaux et hospices publics sont tenus de recevoir les personnes qui leur seront adressées en vertu des articles 9, 10, 11 et 12 de la loi.

Art. 8. — Les déclarations et les renseignements épidémiologiques seront adressés à l'autorité sanitaire de la résidence du médecin déclarant.

Si la personne signalée habite en dehors du ressort de ladite autorité, cette dernière devra, de toute urgence, transmettre les renseignements à l'autorité sanitaire compétente.

Art. 9. — Le préfet établira, sur proposition du directeur régional de la santé, après avis du médecin consultant de vénéréologie :

1° La liste des médecins agréés habilités à pratiquer les examens prescrits par les deuxième et troisième alinéas de l'article 13 de la loi, ou chargés de la surveillance prévue à l'art. 16 ;

2° La liste des hôpitaux publics et des cliniques privées agréées en vue de l'hospitalisation d'urgence et d'office ;

3° La liste des dispensaires ou services éventuellement chargés de la surveillance des vénériens contagieux prévue à l'article 16 de la loi.

Ne peuvent figurer sur les listes visées ci-dessus que les hôpitaux, cliniques et dispensaires dont l'installation et le fonctionnement donnent toute garantie en vue de la surveillance à exercer pour l'application de la loi du 31 décembre 1942 et du présent décret.

Art. 10. — A défaut de médecins agréés, des médecins, désignés par l'autorité sanitaire après avis du médecin consultant de vénéréologie, pourront être appelés à pratiquer les examens visés à l'article 9 ci-dessus ou à exercer la surveillance prévue à l'article 16 de la loi.

Art. 11. — Toute personne soumise à la surveillance prévue aux articles 10 et 16 de la loi devra, en cas de changement d'adresse, en aviser l'autorité sanitaire.

S'il y a lieu, celle-ci transmettra les renseignements concernant la personne intéressée à la nouvelle autorité sanitaire compétente, pour la mettre en mesure de continuer la surveillance sanitaire.

Art. 12. — Sont abrogées toutes dispositions antérieures contraires au présent décret.

CHRONIQUE

LES MALADIES QUI S'ÉTEIGNENT

par M. Brelet (de Nantes)

La nosologie est en pleine évolution. On voit naître actuellement, et on verra surtout après la guerre, une pathologie nouvelle. Un certain nombre de maladies nées de la guerre seront dues à l'insuffisance et au déséquilibre alimentaires ; d'autres présenteront des formes anormales, parfois déconcertantes, sous l'influence de nouveaux traitements. La sulfamidothérapie jouera dans ce sens un rôle de premier plan.

En réfléchissant à cette évolution, on ne peut s'empêcher de faire un retour sur le passé et de penser aux maladies qui s'éteignent.

Je relisais précisément, il y a peu de jours, l'excellente thèse de M. Hascal (Paris 1933), consacrée à l'évolution de la nosologie, aux maladies éteintes et aux maladies nouvelles. L'auteur d'une thèse, si intéressante soit-elle, ne peut que faire un exposé historique et même philosophique de la question, sans apporter d'observations personnelles. Les médecins de ma génération ont assisté aux lentes agonies de quelques unes de ces maladies ; ils en ont vu naître d'autres et il leur est possible de dire : j'étais là, telle chose advint.

Dans notre enfance, nous entendions souvent parler de péritonite et quand ce mot, parfois déformé par les campagnards, était prononcé, à voix basse et inquiète, cela signifiait que le malade qui en était atteint n'avait plus que quelques jours à vivre. Il y avait la péritonite des suites de couches, Tarnier n'ayant pas encore entrepris la lutte contre l'infection puerpérale ; il y avait la péritonite par perforation d'un ulcère gastrique et c'était alors l'alarme soudaine, la nuit effroyable décrite par Bossuet ; il y avait la péritonite consécutive à « une grande inflammation d'intestin », péritonite appendiculaire ; Talamon, Dieulafoy n'avaient pas encore décrit l'appendicite. Celle-ci ne vit le jour qu'à l'époque du début de nos études médicales. Lorsque Boiffin, ancien prosecteur de la Faculté de Paris, merveilleux chirurgien, fit, à l'Hôtel-Dieu de Nantes, en 1895, la première appendicectomie, ce fut un événement ; tous les étudiants avaient envahi la salle d'opération : Boiffin ouvrit le ventre du patient **cito, tuto et jucunde** ; un flot de pus jaillit, d'une odeur inoubliable. Quelques jours plus tard, stupéfaction plus grande encore, l'opéré n'était pas mort.

Si, à l'heure actuelle, les interventions peuvent sauver de tels malades, nous savons que c'est à Pasteur que nous le devons.

Autrefois encore entrait souvent à l'hôpital une jeune fille dont la pâleur de cire était vraiment très curieuse. Le chef de service prenait son stéthoscope pour entendre au cou de la malade un certain bruit de rouet, puis au cœur un certain souffle anémo-spasmodique. Interne, externe, stagiaires appliquaient, moins bien, le stéthoscope et entendaient, moins bien, ces bruits extraordinaires. La jeune fille était chlorotique. Aujourd'hui, on ne connaît plus la chlorose. Pourquoi? Au XIXe siècle, les jeunes filles vivaient peu au grand air. Il était alors distingué d'être pâle ; il avait même, jadis, été très distingué d'avoir une maladie de langueur, à l'époque où Mme de Beaumont, Mme Charles et autres amoureuses célèbres crachaient le sang et mouraient de la poitrine. Aujourd'hui les sports au grand air sont à la mode et on ne peut nier leur heureuse influence.

Dans les hôpitaux on avait rarement l'occasion d'examiner des goutteux ; on n'y voyait que le rhumatisme chronique, la goutte de l'indigent, avait dit Landré-Beauvais. Mais la goutte était fréquente chez les clients de la ville menant une vie sédentaire, mangeant comme il était alors d'usage, c'est-à-dire beaucoup trop, et buvant volontiers du Bourgogne. La goutte les prenait de père en fils et ne les lâchait pas, car bien rares étaient ceux qui renonçaient à la bonne chère pour éviter de nouvelles crises. Puis la goutte se raréfia et les médecins des stations thermales où l'on soignait les goutteux signalèrent la diminution considérable du nombre de ces très bons clients.

Bien d'autres maladies s'éteignaient peu à peu (les maladies ne meurent jamais subitement) ; parfois même l'une d'elles, sur le point de mourir, sortait du coma. Il en fut ainsi pour le paludisme. Analysant dans ce journal, en 1927, la thèse de Gallais, je signalais la persistance du paludisme en Camargue, en Vendée ; le train emmenant les Nantais au bord de la mer traverse les marais du pays de Retz et j'ai vu, dans mon enfance, des voyageurs qui mettaient alors leur mouchoir devant la bouche et les narines pour se préserver des « miasmes » donnant la fièvre intermittente. Vers 1900, de nombreux cas de paludisme furent observés dans une station balnéaire très fréquentée du nord de la Loire ; pendant plusieurs années, cette station fut abandonnée des baigneurs. Mais Laveran était venu qui avait enseigné ce qu'il convient de faire pour lutter scientifiquement contre le paludisme. La lutte fut engagée et avec succès.

L'histoire du choléra est aussi très instructive ; en 1832, il provoqua l'affolement à Paris, fit de très nombreuses victimes ; on peut penser qu'en frappant Casimir-Périer il fut une cause lointaine de la chute de Louis-Philippe. En 1854, l'armée d'Orient était durement éprouvée dans les marais de la Dobroudja ; Baudens, Quesnoy ont relaté de façon saisissante cette épidémie de choléra qui faillit empêcher l'expédition de Crimée. Le choléra de 1884, à Marseille, à Paris, à Nantes n'amena pas grande perturbation dans la vie habituelle ; la petite épidémie de 1893 passa presque inaperçue.

La variole fut longtemps redoutable. Elle atteignait toutes les classes de la société, faisant mourir Louis XV, défigurant Mirabeau. Avec la vaccination jennérienne elle diminua peu à peu de fréquence ; la dernière grande épidémie fut celle de 1870 et aujourd'hui on ne voit plus de visages grêlés.

D'autres grands fléaux endémiques ou épidémiques, la fièvre jaune, la peste, le typhus ont été mis en échec par Finlay, par Charles Nicolle.

Contre la fièvre typhoïde, les admirables travaux d'Hyacinthe Vincent ont apporté, avec la vaccination, l'arme la plus efficace.

Contre la diphtérie, la sérothérapie a fait ses preuves depuis la mémorable communication de Roux, Martin et Chaillou au Congrès de Budapest en 1894. En 1924 enfin, Gaston Ramon nous a donné l'anatoxine. 1894 et 1924 sont des dates de victoires auxquelles viennent maintenant s'ajouter d'autres victoires grâce aux vaccinations associées.

La question de la tuberculose est plus complexe. Laissons-la donc de côté en notant seulement que, si elle paraît se transformer dans son évolution depuis l'emploi de la collapsothérapie, elle est malheureusement très loin d'être en régression.

Nous arrêtons ici cette énumération bien incomplète.

La disparition de quelques maladies, la diminution de fréquence de certaines autres sont dues à une prophylaxie basée sur des données bien établies, à l'hygiène, en particulier à l'hygiène de l'enfance ou à une thérapeutique appropriée. D'autres raisons nous échappent sans doute.

Quoi qu'il en soit, constatons que, depuis 1940, si nous n'avions pas eu tous les moyens de défense dont nous disposons, nous aurions difficilement évité les fléaux qui s'abattent sur les armées en campagne et sur les exodes de population.

Jadis, en parlant de « la banqueroute de la science » Brunetière lançait sans doute une boutade. Sinon, il montrait une singulière ignorance des admirables progrès de la chimie, de la biologie et de la médecine. Bien des gloires littéraires sont peu de chose à côté de la gloire immortelle d'un Pasteur !

Imp. Tancrède, Paris - 31.1080 — Autorisation n° 83.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

N° 18. — 10 SEPTEMBRE 1943 116e ANNEE Ce numéro : 2 francs.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT. — Un an : France et Colonies, 75 fr. Etudiants, 40 fr.; Etranger : 1re zone, 110 fr., 2e zone, 125 fr. *Chèques postaux : Paris 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

POUR NOS ABONNÉS DE LA ZONE NON OCCUPÉE, adresser renouvellements et toutes communications aux Messageries Hachette, 12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône) *Chèques postaux : Lyon 218* (Service *Gazette des Hôpitaux*)

SOMMAIRE

Bi-hebdomadaire paraissant provisoirement deux fois par mois

INFORMATIONS

Hôpitaux de Province

Hôpitaux de Bordeaux. — PRIX DE L'INTERNAT. — La médaille d'or (médecine) a été décernée à M. André Mouliès, interne des hôpitaux.

LE CONCOURS DE L'EXTERNAT s'est terminé par les nominations de MM. Laval, Montoux, Léger (Mlle), Verdeau (Mlle), Hostein, Massé, Mesnage, Clanet, Leman, Lhoiry, Augereau, Laureux, De Latour, Klotz, Fournié, Moine, Broussin, Pelluchon, Roche, Pasturaud, Boutaraud, Boisserie-Lacroix, Biraben, Labbé, Besnard, Grenier de Cardenal, Langlois, Laparrade, Giraud, Chavoix, Hubschmann, Monteyrol, Mano (Mlle), Trohet, Belot (Mlle), Bordessoulles, Carmouze, Soubre-Père, Couderc, Loustau, Mansiet, Chamarond, Louiset, Faure, Pouche, Coyne, Giffo, Touchard, David-Chaussé, Cheynier, Libersat, Feydieu, Goissen, Raux, Serres, Cabanie, Aubin, Bissey (Mlle), Roussetet, Barbe, Martin-Dupont, Lalanne Alain, Chanclu, Hourcade, Rosoy, Mandavy, Labadie, Martin, Paul, Duverneuil, Boursier, Fromiga, Grenier de Cardenal, Bidard, Peyri, Fontannaud, Bordron, Loubère, Huet, Lanta.

LE CONCOURS DE L'INTERNAT EN PHARMACIE s'est terminé par les nominations suivantes : MM. Lavaud, Bariteau, Noinsky, Chauvet, Guilhem-Ducléon et Vizet.

Faculté de Médecine de Province

Faculté de Médecine de Bordeaux. — MÉDECINE COLONIALE. — La 38e série de l'enseignement de médecine coloniale (Préparation au diplôme de médecin colonial et au brevet de médecin de la Marine Marchande s'ouvrira le mardi 2 novembre 1943.

Les examens auront lieu du 20 au 24 décembre 1943.

Le diplôme de médecin colonial dispense des travaux et cours d'épreuves des diplômes d'hygiène des Universités de Bordeaux et de Paris, ainsi que d'une partie des épreuves du brevet de médecin de la Marine Machande.

Inscriptions au Secrétariat de la Faculté de Médecine de Bordeaux, du 15 octobre au 4 novembre 1943. Frais d'études : Immatriculation, 300 fr. ; Bibliothèque, 200 fr. ; Droits de laboratoire, docteurs français ou étrangers, 500 fr. ; Etudiants immatriculés, 300 fr. ; Examen, 50 fr.

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétariat de la Faclulté de Médecine de Bordeaux.

Santé Publique

Conseil de perfectionnement pour les écoles de moniteurs de gymnastique médicale. — Un arrêté paru au *Journal Officiel* du 2 septembre 1943 est ainsi conçu :

Article premier. — Le conseil de perfectionnement, prévu par l'article 5 du décret du 13 août 1942, est composé comme suit : Président : M. le professeur Codvelle, directeur de la santé ; Membres de droit : M. le docteur Coll de Carrera, professeur agrégé, directeur de l'éducation générale au commissariat général aux sports ; M. le docteur Coulon, inspecteur général de la santé et de l'assistance ; M. le docteur Leclaincne, secrétaire général de la santé et de l'assistance a Paris, représentant la direction régionale de la santé et de l'assistance ; Membres désignés : M. le docteur Cathala, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, médecin des hôpitaux de Paris ; M. le professeur Sorrel, chirurgien des hôpitaux de Paris ; M. le docteur Dodel, professeur à l'Ecole de Médecine de Clermont-Ferrand ; M. le docteur Leveuf, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux de Paris ; M. le docteur Latarget, professeur à la Faculté de Médecine de Lyon ; M. le docteur Chaillet-Bert, professeur à la Faculté de Médecine de Nancy ; M. le docteur Balland ; M. le docteur Carl Roederer, chirurgien de l'hôpital Saint-Michel, à Paris ; M. le docteur Louis Lamy ; M. le docteur Fournie, président de la Ligue française d'éducation physique, à Bordeaux ; Mme le docteur Legrand-Lambling ; Mlle Cazenavette, professeur d'éducation physique ; M. Petat, président fondateur de la Ligue française d'éducation physique ; M. Guilmain, professeur des classes de perfectionnement des écoles de la ville de Paris.

Art. 2. — Le directeur de la santé est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 5 août 1943.

Raymond GRASSET.

Inspection de la Santé. — Par arrêté du 23 juillet 1943, Mme le Dr Viguié, médecin inspecteur adjoint de la Santé de Seine-et-Oise, a été titularisée dans ses fonctions, à compter du 12 mai 1943.

Par arrêté du 24 juillet 1943, la démission de M. le Dr Brongniart, médecin inspecteur adjoint de la santé de Seine-et-Oise, a été acceptée.

Par arrêté en date du 2 août 1943, M. le Dr Moncenix, médecin inspecteur adjoint de la Santé de l'Isère, a été nommé en la même qualité dans le département de l'Allier.

Par arrêté en date du 4 août 1943, M. le Dr Sagot a été nommé médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé de l'Ardèche, au maximum pour la durée des hostilités.

Par arrêté en date du 14 août 1943, M. le Dr Valrivière a été nommé médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé du Rhône, au maximum pour la durée des hostilités.

Par arrêté du 19 août 1943, M. le Dr Spindler, médecin inspecteur adjoint de la Santé des Pyrénées-Orientales a été chargé des fonctions de médecin inspecteur de la Santé dans le département de la Haute-Marne.

Défense Nationale

Ecole du Service de Santé. — Sont nommés élèves de l'Ecole du Service de Santé (liste par ordre de mérite) :

1° SECTION DE MÉDECINE : a) Catégories P. C. B. — MM. Tantot, Tournier-Lasserve, Peloux, Tanguy, Deroy, Vincent, Crozet, Terrail, Prunierias, Paulin, Natter, Bouge, Ducœur, Brisgand, Le Bourdelles, Perot, Delas, Maire, Bataille, Stupfel, Lafay, Picaud, Coudier, Bouyne, Lespiau, Cochet, Martin, Mas, Clergeaud, Gros, Pierre, Ravisse, Montségur, Sarthre, Franck de Préaumont, Lemaître, Thévenot, Jacob.

b) Catégorie : 4 inscriptions. — MM. Landon, Davidou, Magerand, Le Damany, Damasio, Gandois, Chapoux, Charpentier, Memin, Noirot, Monteux, Perandello, Gillet, Letard, Noger, Perrot, Fouche, Duchier, Tarel, Héraud Jaulmes, Mauvais, Ganas.

c) Catégorie : 8 inscriptions. — MM. Cheynet, Planel, Dementhon, Massacrier, Fayolle, Guedel, Camarasa, Tartulier, Desangles, Lesbros, Carmignac, Delacroix, Magerand, Servantie, Hivert, Lagabrielle, Gaspard Petit, Baudoin.

d) Catégorie : 12 inscriptions. — MM. Juillet, Guillermet, Sarles, Hertz, Soulier, Goursolas, Gallon, Hollender, Boyer, Vialletel, Monier, Kaminzer, Pernelle, Verler, Niquet, Lacorre, Pette.

2° SECTION DE PHARMACIE : a) Catégorie : stagiaires. — MM. Fremond, Morin, Cormery, Lafitte.

b) Catégorie : 4 inscriptions. — MM. Bourbon, Nadin.

Tous ces élèves recevront une lettre de nomination et une notice de renseignements indiquant la date à laquelle ils devront rejoindre l'Ecole du Service de Santé et les formalités à accomplir. (*J. O.*, 25 août 1943.)

Ministère de la Justice. — PRISONS DE LA SEINE, ETABLISSEMENTS PÉNITENTIAIRES. — Un arrêté en date du 13 août 1943 fixe les rémunérations des médecins, chirurgiens, chirurgiens-dentistes, etc., des prisons de la Seine et des établissements pénitentiaires ou d'éducation surveillée.

Médecins et chirurgiens, 250 francs par vacation de trois heures.

Chirurgiens-dentistes, 50 francs par dérangement.

Pharmaciens : Fresnes, 10.000 francs ; Maisons de Paris, 8.000 francs ; Maison Centrale et établissements assimilés, 3.600 francs.

Internes en médecine et en pharmacie : Petite Roquette, 12.000 ; Fresnes, 12.000 ; Maison Centrale et établissements assimilés, 8.000 fr.

Lois et Décrets

Le *Journal Officiel* du 27 août publie la loi n° 451, du 13 août 1943, relative à l'organisation du CONTRÔLE MÉDICAL DE LA JEUNESSE dans les établissements d'enseignement relevant du Secrétariat d'Etat à l'Education nationale et dans les groupements de jeunesse relevant du même Secrétariat d'Etat.

Le *Journal Officiel* du 28 août publie la loi n° 381, du 28 juin 1943, portant création d'un CONSEIL SUPÉRIEUR DE LA FAMILLE.

Un décret n° 1702, du 14 août 1943, relatif à la composition et à l'organisation intérieure de ce conseil.

Une loi n° 372, du 15 juillet 1943, relative à la FORMATION DES INFIRMIÈRES OU INFIRMIERS hospitaliers, à l'organisation et à l'exercice de leur profession.

Cours

Clinique de la Tuberculose. — Hôpital Laennec, Professeur Jean Troisier. — Nous rappelons qu'un cours en vue du concours et de l'examen aux fonctions de médecins de sanatoriums et de dispensaires aura lieu du 18 octobre au 26 novembre 1943 et qu'il sera suivi du 29 novembre au 11 décembre 1943 d'un cours théorique et pratique sur les méthodes de laboratoire appliquées au diagnostic de la tuberculose. Droits d'inscription : 500 fr. pour le premier cours, 500 fr. pour le second cours et 800 fr. pour l'ensemble des deux cours.

Renseignements et inscriptions : Clinique de la Tuberculose, tous les matins de 10 h. à midi (Dr Brouet) et au Secrétariat de la Faculté de Médecine (guichet n° 4) tous les matins, de 10 h. à midi et les lundis, mercredis et vendredis, de 14 h. à 16 h.

Cours de perfectionnement sur la résection endo-urétrale. — Ce cours aura lieu du mardi 12 au samedi 16 octobre 1943, de 10 h. à 12 h. à l'hôpital Cochin. Le nombre des auditeurs est limité aux dix premiers inscrits auprès du Dr Bouteau, chef de clinique du Professeur agrégé Fey, hôpital Cochin, rue du Faubourg-Saint-Jacques, Paris.

Institut régional de puériculture et d'hygiène scolaire de Bordeaux et du Sud-Ouest. — La Fédération des Œuvres girondines de Protection de l'Enfance continue son enseignement pour la nouvelle année scolaire 1943-1944, en accord avec l'Ordre des Médecins de la Gironde et l'Office départemental d'hygiène sociale.

Cet enseignement est réservé aux docteurs en médecine et aux étudiants en fin de scolarité. Il comprend trois sections : Puériculture anténatale (novembre-décembre 1943), Puériculture post-natale (janvier-février-mars 1944), Hygiène scolaire (avril-mai-juin 1944). Il comporte des cours théoriques, des travaux pratiques, des stages dans des services hospitaliers d'accouchement et de puériculture, ainsi que dans des consultations privées anté et post-natales, des visites dans différentes Œuvres sociales.

Des certificats sanctionneront cet enseignement et pourront servir à des praticiens en vue de leur désignation comme médecins rétribués des consultations prénatales et des consultations de nourrissons organisées dans le département, comme aussi pour l'Inspection médicale scolaire.

Droit d'inscription à chaque série de cours : 100 francs. Inscriptions au Centre de Protection de l'Enfance, Hôpital des Enfants, 168, cours de l'Argonne, Bordeaux.

ORDRE DES MEDECINS
(Indochine)

Un décret n° 1990, du 14 août 1943, qui vient d'être publié au *Journal Officiel* du 21 août, institue l'Ordre des Médecins en Indochine.

HYGIÈNE ALIMENTAIRE

CHARCUTERIE MODERNE

(à propos d'un rapport
à l'Académie de Médecine)

Un récent rapport présenté à l'Académie de Médecine par M. Martel, au nom de la Commission du Rationnement (1), apporte divers renseignements à l'hygiéniste, au médecin et même au simple consommateur qu'ils sont aussi. Etabli à l'occasion de demandes d'autorisation ou de modification de l'état présent, ce rapport fait entrevoir, par ses considérants, par quelles transitions et grâce à quelles similitudes et assimilations on peut passer du naturel à l'artificiel, de la cuisine à la chimie synthétique et de l'ingéniosité la plus louable à la sophistication caractérisée.

On y voit confirmé ce dont on se doutait déjà : dans la charcuterie contemporaine le porc est un... parent trop riche... ou un terme de comparaison : ne daignant plus il se fait remplacer par le bœuf, le veau ou le mouton. Nul n'y voit, au temps présent surtout, de grave inconvénient. Prévenu, comme le souhaite l'Académie, ou non prévenu, le consommateur se fera facilement une raison si ce qu'on lui vend est mangeable et d'un prix abordable.

Loin de dédaigner les... détails de cuisine, la Commission a étudié les *liants* de charcuterie, mot qui est aisément compris du lecteur le moins « cordon bleu ». Nul ne voit, au contraire, d'inconvénient à ce qu'un moëlleux agréable soit dû à la présence de lait (!) ou d'œufs (!!!). Ne soyons pour l'instant pas trop exigeants. Tout cela d'ailleurs peut se remplacer — et se remplaçait même depuis longtemps, nous avouent aujourd'hui les spécialistes. Plasma de sang de porc ? (sang de porc défibriné et centrifugé). Nul n'y voit d'obstacle car il y a là quelques ressources en protides si ce plasma est proprement recueilli et bien préservé des souillures microbiennes ; de même les poudres de lait et le lacto-sérum de fromagerie.

Tous ces produits acquièrent droit de cité ou y sont confirmés, tout au moins pour les temps d'abstinence. Pureté d'origine et bonne conservation sont seules exigées ; à noter, à cet égard, qu'ici comme en général dans le domaine alimentaire, les procédés de conservation chimique sont, à de rares exceptions près, proscrits ; ce sont les procédés physiques (dessication, froid), sans danger qui sont seuls admis, qu'il s'agisse de chair à saucisse ou de sous-produits laitiers. Même tolérance conditionnelle pour la caséine durant la disette laitière.

D'autres points du rapport nous initient à la connaissance déjà moins répandue des *saumures*. Pour la plupart, ce mot ne correspondait, aux temps faciles, qu'à une notion assez floue ; certains ont depuis perdu en incompétence : conserves et salaisons familiales ont cessé d'être l'apanage des lointaines provinces ; les citadins ont appris qu'en plus du sel une saumure pouvait contenir du salpêtre et même du sucre. Ainsi fait l'industrie charcutière ; et l'Académie juge qu'il convient seulement de fixer une posologie : 20 grammes de sucre par litre de saumure ; 150 grammes de sucre par kilogramme de sel pour le salage à sec semblent de bonnes proportions. Il semble qu'on puisse réduire à 5 % le taux de nitrate ajouté au sel lorsque la saumure contient du sucre.

Le nitrate de soude se transformant lentement en nitrite avive agréablement la *couleur* rose de certaines préparations ce qui est louable. Mais il faut éviter que grâce à certains mélanges qu'ils achètent tout préparés et sans qu'ils aient été instruits de leur composition, les charcutiers modifient involontairement ces proportions.

Le louable souci de donner bonne mine à la marchandise a pu faire ajouter à ces produits du bicarbonate de soude ; la commission y a montré un risque réel pour la bonne conservation du produit préparé ; et plus encore dans l'adjonction de simples colorants, cochenilles plus ou moins impures, elle n'a vu qu'un « maquillage » au moins indésirable.

Le rapport de la Commission nous rappelle enfin l'ancienneté et la vitalité de certains principes de sophistication commerciale : la correction adroite et indirecte de la balance notamment. Seule change la façon de s'y prendre.

Des cuisiniers avisés ont ainsi mis à profit le rôle « précieux » de substances qui retiennent de l'eau et « améliorent » le *poids* et le poids seul des aliments vendus. Les matières remplacées, non nuisibles par elles-mêmes, liants hautement recommandables et parfois nécessaires à certaines préparations, sont parfois déviés de leur mission fondamentale lorsqu'à propos on sait les employer « hors de propos ». De même et surtout, et sans atténuation divers *ferments*, avec ou sans raison catalogués lactiques. Mélangés ou non à des amylacés ce sont en réalité des « alourdissants » plus que des améliorants, mais parfois aussi des « contaminants » indésirables.

De ces ferments la Commission a désiré qu'il soit promptement et roidement fait justice. Quant aux féculents, tout est affaire de circonstance, de produit préparé, et les règlements en vigueur semblent répondre aux besoins réels.

Dans ce domaine, enfin, comme ailleurs, on trouve les inutiles. C'est ici le phosphate tricalcique dont le phosphore serait venu remplacer l'anhydride phosphorique soustrait par la saumure à la viande salée. Ce rôle charitable a paru des plus douteux à la Commission et la tolérance dont il bénéficie entièrement imméritée.

Mais de tout cela que dirait Gargantua ?

R. LEVENT.

(1) Séance du 1er juin 1943.




PANTOPON
ROCHE
OPIUM TOTAL
SOMNIFÈNE
ROCHE
HYPNOTIQUE
SÉDOBROL
ROCHE
TRAITEMENT BROMURÉ
SÉDORMID
ROCHE
HYPNOGÈNE
ALLONAL
ROCHE
ANALGÉSIQUE
PRODUITS "ROCHE"
10, RUE CRILLON, PARIS


SPASMORYL
"ANA"


Coramine
NOM DÉPOSÉ
CARDIOTONIQUE EUPNÉIQUE
CIBA
Action de la Coramine sur la respiration et la pression artérielle
Stimule
CŒUR — RESPIRATION
Cardiopathies — Collapsus
Maladies infectieuses
GOUTTES
XX à C par jour
AMPOULES
1 à 8 par jour
LABORATOIRES CIBA, Dr P. DENOYEL, 103-117, Boulevard de la Part-Dieu, LYON

REVUE GENERALE

LE RETOUR A LA VOIE SACRÉE

par le Professeur E. MÉRIEL (Toulouse)

Du jour où l'on a entrepris de substituer à l'amputation du rectum cancéreux la résection du segment rectal portant la tumeur, deux nécessités se sont imposées à l'esprit : d'abord disposer d'une voie d'accès plus large sur la tumeur pour réaliser son extirpation large ainsi que son territoire lymphatique, puis réunir bout à bout les parties restantes, ce qui comportait la conservation de la fonction sphinctérienne. Tel était l'idéal à réaliser et, dans ce but, aux opérations imparfaites de jadis (Lisfranc, Kocher, Verneuil), Kraske, en 1885, reprenant l'idée émise par Bardenheuer en 1880, proposa de compléter la résection du coccyx par une résection transsacrée. Ainsi était créée cette voie d'accès, plus large que les précédentes, pour aborder et enlever plus complètement la tumeur qui a reçu le nom de « voie sacrée ». De plus, quand la situation anatomique de la tumeur était favorable, Kraske déclarait possible de réunir bout à bout les surfaces de section intestinale et de conserver ainsi la fonction sphinctérienne, puisque la région du sphincter, si souvent sacrifiée dans l'amputation périnéale n'avait pas été ici intéressée. Les avantages de cette technique lui conquirent rapidement la faveur des chirurgiens, à l'étranger surtout, avec plus de réserve cependant en France.

A l'étranger, en effet, cette voie d'accès s'élargit avec Bardenheuer, Hochenegg et Rose — celui-ci reportant la section osseuse au-dessus du troisième trou sacré. En France E. Boeckel, Routier, Pozzi, E. Schwartz, Richelot, Gérard-Marchant, Quénu, Doyen et Demons se déclaraient partisans de la nouvelle technique. A cette résection définitive de l'aile sacrée, certains comme Heinecke, Loevy, Roux proposèrent de substituer une résection temporaire permettant de replacer le lambeau osseux mobilisé. Dans cet esprit, mon maître Jeannel, à Toulouse, imaginait une résection temporaire à fente médiane, donnant ainsi un double volet permettant un large accès vers le rectum, sans section d'aucun des nerfs importants de la région afin de ménager la fonction sphinctérienne. La première opération fut en tous points couronnée d'un succès, comme j'ai pu m'en assurer plusieurs années après.

Après une période de faveur durant de longues années, à l'étranger surtout, on eut la surprise d'entendre au Congrès des Chirurgiens allemands, en 1914, des chirurgiens éminents tels que Kirschner, Hofmeister, Haberer, Finsterer et d'autres déclarer avec chaleur leur sympathie, non pour cette voie sacrée, mais pour l'amputation abdomino-périnale qui sacrifie le sphincter. Kirschner va même jusqu'à considérer la conservation de l'appareil sphinctérien comme inutile pour le malade et souvent dangereuse, déclarant ainsi qu'il a définitivement renoncé à la résection.

La lutte reprenait ainsi entre partisans de l'amputation et de la résection. Dans la plupart des grandes statistiques allemandes, l'amputation tenait une place de plus en plus grande.

En France, il faut reconnaître que la voie sacrée avait, dès 1894, reçu un rude coup par la réfutation incluse dans la thèse de Morestin. Au nom de l'anatomie, celui-ci avait montré qu'il fallait ménager dans les sections transsacrées les nerfs de l'appareil constricteur (sphincter et releveur), sous peine de détruire fonctionnellement les muscles qu'ils innervent. La troisième paire sacrée fournit des filets nerveux destinés au releveur et au sphincter externe, la quatrième paire donne des filets sphinctériens rectaux et ischio-coccygiens. Or, les paralysies de l'anus, l'incontinence des matières qui suivirent cette énervation du sphincter dans l'opération de Kraske jetèrent le discrédit sur cette voie sacrée. D'autant plus que, en 1896, apparaissait la nouvelle technique d'accès par la voie abdominale, se continuant par l'exérèse du segment périnéal. C'est la méthode *abdomino-périnéale* imaginée simultanément par Gaudier et mon maître Chalot. Quénu et Hartmann ont ensuite perfectionné tous les temps de cette technique. Pendant plusieurs années, elle fut la seule employée.

Il faut reconnaître toutefois que si elle permettait un large accès sur la tumeur et son envahissement lymphatique, si elle facilitait sa libération ainsi que la ligature des pédicules vasculaires, elle laissait au second plan la destinée fonctionnelle du bout inférieur ou sphinctérien, puisqu'elle rendait définitif l'anus iliaque par la fixation de son bout supérieur. Il y avait là une lacune dont devaient se préoccuper les chirurgiens qui vinrent après. Par une tendance naturelle, on essaya de combiner les avantages réels de cette extirpation rectale élargie avec la restauration sphinctérienne. Ainsi la voie sacrée — dont un des objectifs était cette conservation sphinctérienne — reprit de la faveur, et nous assistons actuellement à sa renaissance.

Voici dans ses grandes lignes la technique améliorée de deux chirurgiens contemporains, Gaudart d'Allaines en France, et Goetze (d'Erlangen).

Après avoir fait un anus préliminaire à éperon sur le côlon transverse — qui dérive plus complètement le contenu intestinal que l'anus iliaque — Gaudart d'Allaines sectionne le raphé ano-coccygien sur une étendue aussi grande que le sera la résection du sacrum. La section du sacrum est faite de gauche à droite, d'un bord sacré à l'autre en passant par le troisième trou sacré droit. Selon la technique de Goetze, on sectionne ensuite au bistouri électrique le lambeau cutané triangulaire supérieur et on le relève ; les lambeaux latéraux sont décollés jusqu'au niveau de l'anus. Toutes les parties molles sont ensuite décollées des bords du sacro-coccyx jusqu'au-dessus du troisième trou sacré. Jusqu'ici pas de différence avec la section transversale de Rose qui a l'avantage d'ouvrir largement la région où l'on va travailler. Mais l'originalité s'affirme davantage avec le temps de la libération et de la ligature des pédicules vasculaires. Grâce à la large brèche osseuse, on va, en effet, pouvoir libérer le rectum et la tumeur pour les attirer au dehors. Pour cela, dans cette extériorisation du rectum, trois obstacles se présentent : 1° les adhérences des faces latérales de la gaine (vaisseaux) ; 2° le cul-de-sac de réflexion du péritoine ; 3° le pédicule hémorrhoïdal supérieur.

La libération des forces latérales sera, à l'aide du doigt et de ciseaux-mousses, commencée très au large du rectum. A l'aide d'un tampon monté sur longue pince, on poursuit le décollement de la gaine du rectum jusqu'au point où l'artère sacrée moyenne adhère au promontoire avec l'aponévrose pré-sacrée, et on lie l'artère à ce niveau. « Sur la ligne médiane et supérieure de la gaine, on voit la terminaison du méso-sigma qui s'évase par écartement des feuillets péritonéaux et renferme le tronc de l'artère hémorroïdale supérieure. De chaque côté du méso apparaissent les parties postéro-latérales du Douglas (gouttières latérales du rectum). Une valve placée dans chacune des brèches latéro-rectales, on aperçoit la face postérieure de la vessie, les ligaments utéro-sacrés, le fonds du Douglas et la partie antérieure du rectum qu'on peut explorer avec soin pour y chercher un envahissement cancéreux, si cela n'a pas été fait dans un temps spécial en établissant l'anus. » (Ducuing, L'opération de Goetze, *Technique chirurgicale*, 1939.)

La ligature du pédicule hémorrhoïdal est le troisième temps nécessaire de l'abaissement de l'intestin. Sans doute l'ouverture du péritoine tout autour du rectum facilite déjà la descente, mais « la ligature de l'artère hémorrhoïdale supérieure peut seule, affirme d'Allaines, permettre un abaissement suffisant. C'est, ajoute-t-il, le temps opératoire qui peut présenter les plus grandes difficultés. Aussi, quand le siège élevé de la tumeur doit entraîner un abaissement important de l'intestin, nous croyons préférable d'utiliser un temps abdominal préalable ». C'est là l'*abdomino-sacrée*.

La description du procédé de Goetze, faite par Ducuing, à laquelle nous nous reportons, indique que l'ouverture bilatérale du Douglas « libère l'insertion du méso-sigma dans lequel chemine l'hémorrhoïdale supérieure qui se divise en ses deux branches terminales (région de la fourche et des ganglions). Aussi, par ces brèches faites dans le péritoine, pourra-t-on passer en avant du rectum un lien élastique qui, abaissant sigma et méso-sigma, permettra une ligature haute du tronc artériel hémorrhoïdal, « tendu comme une corde » (Ducuing).

Une fois cette artère sectionnée, le rectum s'extériorise facilement. Par cette libération, rectum et S iliaque étant attirés hors de la brèche sacrée, on peut facilement faire ensuite au bistouri électrique une résection étendue, dépassant largement la tumeur. « Grâce aussi à une traction modérée, vers le bas, on voit apparaître la région vérico-prostatique « dont le plan de clivage s'ouvre de lui-même » (d'Allaines). En outre, cette attraction, hors de la plaie du côlon et du rectum, permettra la fermeture du péritoine, avant d'exécuter le temps septique de l'opération, qui est la section de l'intestin portant la tumeur. Cette section sera très étendue et pratiquée sans tenir compte des possibilités de séparation ultérieure, comme il est de règle dans tout cancer (d'Allaines).

Cette description des deux premiers temps de l'opération, faite en s'inspirant des textes de d'Allaines et Ducuing, fait ressortir les avantages de la brèche ouverte à travers le sacrum pour les délicates et précises manœuvres de libération du rectum, des pédicules vasculaires et de leur ligature. Ces avantages, on s'accorde généralement à les reconnaître à cette voie sacrée rénovée.

Mais dans cette méthode, il est un temps plus discutable, c'est la réunion des deux bouts intestinaux favorisant le maintien de la fonction sphinctérienne. C'est ici, peut-on dire, le *point névralgique* de l'opération ce qui, pour cela, mérite quelque développement.

Avec Kraske, on avait d'abord tenté la suture immédiate termino-terminale. Les insuccès furent nombreux et firent abandonner la méthode elle-même pour de longues années. Actuellement on tend à admettre que les échecs tenaient moins à la technique qu'à la méconnaissance des bonnes indications de cette reconstitution sphinctérienne. *Tous les cancers rectaux ne se prêtent pas à cette chirurgie conservatrice.* Non plus d'ailleurs, que *tous les malades*, dont l'âge avancé, la fatigue et les tares organiques contre-indiquent une opération longue et grave.

Les véritables indications viennent d'être formulées par d'Allaines et Le Roy.

Il faut d'abord avoir l'étoffe suffisante : on doit entendre par là une longueur d'intestin sur le bout inférieur ou anal dépassant au moins de 5 à 6 centimètres la limite inférieure de la tumeur, sous peine de voir se développer ultérieurement une récidive néoplasique dans cette zone. Cela revient à dire que l'opération d'exérèse, pour être radicale, doit dépasser largement aussi bien en bas qu'en haut les limites appréciables de la tumeur. Or, si le cancer ampullaire est bas, plus il a de chances de se propager au plancher périnéal et à la région sphinctérienne ; on a pu voir aussi des cancers haut situés (un cas de Villard enlevé par abdomino-périnéale) envahir la région périnéale.

D'où il résulte qu'il faut pour faire une opération radicale dépasser sensiblement dans tous les sens les limites apparentes du cancer.

Le siège de la tumeur joue donc ici le rôle principal, puisqu'il faut enlever une longueur suffisante d'intestin pour éviter une récidive locale. Celle-ci ne sera pas à craindre si on a enlevé une longueur d'au moins 5 centimètres au-dessous du bord inférieur de la tumeur. D'où il suit que toute tumeur dont le bord inférieur n'est pas à 10 centimètres au

moins de l'orifice anal ne peut permettre une opération conservatrice du sphincter (d'Allaines et Le Roy).

Il faudra ainsi éliminer de cette chirurgie réparatrice les tumeurs de l'ampoule ou juxta-anales ; seuls, les cancers haut situés, ceux que montrent le rectoscope ou la radio, et non plus seulement le toucher rectal, infidèle dans ses appréciations (Ducuing et Grimoud) seront justiciables de cette restauration fonctionnelle.

Voici donc déjà une catégorie de cancers qui, du fait de leur siège, excluront d'emblée toute possibilité de conservation sphinctérienne, que l'accès ait lieu soit par la voie transsacrée, soit par la voie abdomino-périnéale. A ceux-ci conviendra la technique de Hartmann pour la destinée du côlon terminal ou celle de d'Allaines, l'anus sacré ou périnéal dont les inconvénients lui paraissent moindres qu'on ne l'a dit.

Quels sont donc les cas favorables à cette ohirurgie de restauration ? Ce qui précède indique que seuls les cancers sus-ampullaires ou les recto-sigmoïdes devront se prêter le mieux à cette technique. Ici, en effet, l'étoffe est suffisante pour le bout supérieur comme pour le bout inférieur qui possède intacts ses muscles (releveur et sphincter), ses vaisseaux et sa muqueuse. Celle-ci, assurent d'Allaines et Le Roy, constitue avec ses vaisseaux et ses nerfs hémorrhoïdaux inférieurs de chaque côté « l'arc réflexe de la continence ». Il faudra donc pour obtenir un bon résultat fonctionnel conserver tous les éléments anatomiques (muqueuse anale, vaisseaux, nerfs et muscles) de ce segment anal. En effet, dans certaines techniques (Cunéo, Zagdoum), où l'on coupe d'un seul côté le releveur et le pédicule hémorrhoïdal inférieur, le résultat fonctionnel est toujours imparfait (continence incomplète pour les matières liquides, nulle pour les gaz), bien que l'aspect extérieur soit normal et que la contraction du sphincter soit appréciable au doigt.

La situation anatomique favorable à cette conservation, comment la réaliser ?

La voie transsacrée, qui a donné un jour considérable pour la libération des adhérences de ce haut rectum, est également une voie favorable pour réaliser la conservation du sphincter, « puisque on reste constamment au-dessus du plan du releveur, au contact duquel on s'arrête ». Le rectum étant libéré au-dessus et au-dessous de la tumeur, on sectionne l'intestin en haut à moins de 20 centimètres de celle-ci, et en bas au contact du releveur, à condition qu'il y ait au moins 5 centimètres depuis cette section jusqu'au bord inférieur de la tumeur. On juge à ce moment de la possibilité de reconstituer l'intestin. Dans les cas favorables, lorsque le bout à bout est facilement obtenu sans traction aucune, d'Allaines et Le Roy conseillent la suture termino-terminale.

Celle-ci est réalisée à travers l'anus après dilatation et retournement du canal anal, de préférence à l'invagination trans-anale de Hochenegg qui, par la suppression de la muqueuse, compromettait dans une certaine mesure le fonctionnement de l'appareil sphinctérien. C'est là une modification du procédé déjà ancien de Hochenegg, repris par Lockard-Mumniery, puis par Bergeret et Livory.

Une tentative analogue avait été jadis proposée par Perron (de Bordeaux) qui consistait à retourner en doigt de gant le bout inférieur, muqueuse en dehors et celluleuse en dedans, puis à y invaginer le bout supérieur qu'on faisait sortir par l'anus ; on suturait les surfaces correspondantes après quoi le prolapsus était réduit et la suture protégée par un pansement intra-rectal. Dans ma thèse (Toulouse, 1897), m'inspirant de ce procédé, j'avais expérimentalement réalisé l'invagination après dissection de la muqueuse anale laissée flottante, puis suturée à la muqueuse du cylindre rectal invaginé, que des points latéraux amarraient ensuite au sphincter. Ce prolapsus muqueux se réduisait spontanément par la suite et s'opposait ainsi à l'ascension invincible du bout supérieur. Sur les deux chiens que j'avais ainsi opérés les résultats anatomiques et fonctionnels m'avaient paru satisfaisants. En m'excusant de ce rappel personnel, j'ai voulu montrer que le principe de l'invagination avait, malgré le temps, gardé ses avantages de permettre le plus sûrement la conservation de la région sphinctérienne. La tendance à cette conservation est de plus en plus manifeste actuellement. Finsterer disait, en 1942, qu'il conservait le sphincter dans 70 % des cas. Ducuing et Grimoud ont conservé le sphincter 3 fois sur 42 cas, tout en reconnaissant qu'il eût pu l'être 7 fois (16,6 %). Dans 7 nouveaux cas, ils ont réalisé trois opérations conservatrices. Cette proportion pourra s'augmenter, avec des améliorations techniques, mais toujours sous la réserve des conditions favorables que nous avons signalées.

Ainsi disparaîtrait toute crainte de gangrène, de désunion suturale, de fistules et de rétrécissements secondaires de ce segment supérieur tiraillé ou ischémié et finalement infecté, toutes choses qui avaient assombri le tableau des suites opératoires des anciens cas d'opération par la voie sacrée.

Dans les cas moins favorables où le côlon plus court ne peut être amené facilement au contact du canal anal, d'Allaines et Le Roy proposent de mobiliser le périnée postérieur qui, reportant l'anus en haut et en arrière, supprime la tension et permet la suture termino-teminale. Girpel et Goetze, en pareil cas, conseillent *d'élever l'ensemble* du périnée postérieur.

Enfin, il est des cas défavorables où ce procédé n'est pas réalisable, et où l'on devra se contenter d'un anus sacré, lequel pourra plus tard être libéré, dédoublé en prolapsus et amené à s'anastomoser avec le canal anal conservé.

Les résultats les plus récents publiés par d'Allaines et Le Roy sont encourageants : 26 cas avec rétablissement de la continuité avec 1 mort, tandis que 68 cas sans rétablissement avaient donné 9 morts (14 %). Si cette opération, plus longue et plus délicate pour la conservation, paraît ainsi moins grave que la simple amputation sans conservation, cela tient à ce que les auteurs précités ont réservé la restauration anatomique aux meilleurs cas.

La résection rectale par la voie sacrée — qui sous-entend toujours la conservation de la région sphinctérienne — ne sera donc appliquée qu'aux cancers au-dessus de l'ampoule, permettant de disposer de l'étoffe nécessaire dont nous avons donné les limites. Or, beaucoup de cancers rectaux siègent précisément dans l'ampoule, et par suite les dimensions nécessaires au-dessous de la section s'avèrent insuffisantes ; l'amputation adbomino-périnéale leur conviendra mieux (technique de Hartmann par exemple).

Ainsi se trouveront délimitées les indications de chacune des techniques rivales qui, loin de s'exclure, gardent chacune leurs avantages plus nettement définis aujourd'hui.

BIBLIOGRAPHIE RECENTE

De Gaudart d'Allaines, Jourdan *et* Stephani. — La chirurgie du rectum par la voie transsacrée (*Journal de Chirurgie*, 1938, p. 817 ; *Mém. de l'Acad. de Chir.*, 1941 ; *Arch. des mal. de l'app. dig.*, 1941. ; *Paris-Médical* (en collab. avec Le Roy), 10 mars 1943.

Kirschner (Norsk. surg. f. lorge, fév. 1937 ; Siken (Hospitalttidender. 1937) ; Ivan Muller (Hospitaltidende, 1937, 9 bons résultats de résection par abdomino-sacrée) ; Charrier et Gouzi (Soc. de Gastro-entérol, oct. 1938) ; Ducuing, l'opération de Goetze (*Technique chirurgicale*, 1939) ; Ducuing et Grimoud, *Bulletin du cancer* n° 3 F. 30, et *Revue de Chirurgie*, 1938.

Bergeret et Livory. — *Journal de Chirurgie*, oct. 1940.

Santy. — Soc. de Chir. de Lyon, 26 juin 1941.

Denis. — *Ibid.*, 12 juin 1941.

Finsterer. — Acad. de Chir., 4 mars 1942.

D'Allaines. — Ablation en un temps du rectum et de l'utérus par la voie abdomino-sacrée. *Journal de Chirurgie* n°s 1, 4, 1943.

REVUE DES THÈSES

Bichat, médecin du Grand Hospice d'Humanité (6 pluviôse an IX-3 thermidor an X), par Mlle le Dr Geneviève Genty, ancienne externe des hôpitaux de Paris. Un vol. gd in-8° de 71 pages, avec illustrations, plans et fac-similé. Thiron et Cie, imprimeurs, à Clermont (Oise), 1943.

La thèse d'un haut intérêt que Mlle Geneviève Genty vient de consacrer à Bichat, débute par une introduction dont je tiens à citer un passage, car il est impossible, en quelques lignes, de mieux délimiter un sujet.

« Parmi les carrières écourtées, il n'en est pas de comparable à celle de Bichat.

« Laënnec est mort à 45 ans, Pascal à 38, Raphaël à 37. Bichat, pour employer l'expression de Bonaparte, n'avait pas atteint sa trente et unième année quand *l'impitoyable mort vint le frapper.*

« Nul à son âge n'a fait tant et surtout si bien, écrivait alors Corvisart. Moins de trois ans, en effet, lui avaient suffi pour édifier le *Traité des Membranes*, les *Recherches physiologiques sur la vie et la mort*, l'*Anatomie générale*... une partie de l'*Anatomie descriptive* et pour fixer ainsi les limites où finissait la médecine antique et commençait la médecine moderne.

« 1801-1802 ! Ce sont ces années où Bichat rédige et publie dans une hâte fébrile, trop justifiée par le drame qui va terminer son existence, que nous avons eu dessein de retracer... »

L'étude de Mlle Genty est donc limitée aux dix-huit derniers mois de la vie de Bichat. En 1801, il arrive de Lyon à Paris, devient l'élève de prédilection de Desault et fonde avec Alibert la Société Médicale d'Emulation à laquelle il apporte ses premiers travaux, cependant qu'il « vole » des cadavres pour poursuivre ses études et ses cours d'anatomie et de physiologie : Ses deux premiers livres font sensation. Sandifort écrit à Hallé : « Dans dix ans votre Bichat aura dépassé notre Boerhave ». Le 26 janvier 1801 Bichat est nommé médecin expectant du Grand Hospice d'Humanité (l'Hôtel-Dieu). Mlle Genty donne de nombreux et curieux détails sur l'hôpital et le service de Bichat, puis sur son échec à la Faculté de Médecine qui « ne devait jamais accueillir Bichat que fixé dans la gloire du bronze ».

Mlle Genty étudie ensuite longuement l'œuvre achevée et l'œuvre inachevée de Bichat.

Enfin arrive le drame : une chute à l'Hôtel-Dieu dans un escalier. Quelques jours après des malaises, fièvre, délire ; il succombe le 3 thermidor au quatorzième jour de sa maladie.

Les diagnostics les plus variés ont été proposés ; il semble que celui de méningite tuberculeuse soit le plus vraisemblable.

Les obsèques de Bichat eurent lieu le 4 thermidor an X, en l'église métropolitaine de Notre-Dame.

L'ouvrage de haute érudition que vient de nous apporter Mlle Genty s'écarte de la banalité de la plupart des thèses historiques. Son auteur a de qui tenir. Mlle Genty est la fille de notre confrère et ami, Maurice Genty, le savant bibliothécaire de l'Académie de Médecine qui est lui-même possesseur de la maison de Bichat. Pour l'auteur de la thèse, comme pour son père, cette maison est une maison de famille. A l'attrait que pouvait présenter le rappel de l'œuvre de l'illustre créateur de la méthode anatomoclinique s'ajoute celui des souvenirs personnels que Mlle Genty a été à même de réunir et dont elle a pu enrichir cette remarquable étude d'histoire de la médecine.

F. L. S.

CRIME ET DÉMENCE

Par R. Benon,
Ex-Médecin du Quartier des Maladies Mentales de l'Hospice Général de Nantes

Sommaire. — *La démence durable. La démence épisodique : le Code pénal ; les faits (hystérie, épilepsie, somnambulisme, alcoolisme chronique avec colère, anxiété, amnésie, confusion mentale, onirisme, délire, ivresse, passions). Considérations médico-légales : aliénés putatifs, répression affaiblie. Rôle propre du juge.*

La démence, dans le sens de l'article 64 du Code pénal, donc la démence au temps de l'action criminelle, ne nous paraît pas exactement définie pour la clarté des débats dans le prétoire et pour la précision des jugements à formuler en vue de la protection de la société et de la famille. La démence constatée au temps de l'action doit-elle être durable ou épisodique ? Quid de la démence « partielle » ? Quid des conclusions de certains experts neuro-psychiatres ? N'est-ce pas au Tribunal ou à la Cour qu'il appartient de juger en fait comme en droit les cas complexes ?

La démence durable

Le mot démence, dans le sens de l'article 64 du Code pénal, doit s'entendre de toutes les formes de la folie ou aliénation mentale. « La plupart des criminalistes (1) donnent à l'article 64 un sens très général... » Pour quelques-uns, cependant, le mot démence ne comprend pas « les troubles psychiques n'affectant pas la forme de l'aliénation mentale tels que le somnambulisme, l'hypnotisme, le rêve, l'ivresse... » Qu'est-ce à dire ? Sinon que la démence qui ne dure pas ne doit pas entraîner l'application de l'article 64. Il n'est pas douteux, au contraire, que la démence durable pratiquement, la démence avant l'action, au temps de l'action, après l'action, ne prête à aucune difficulté et que les conclusions de l'expert aux fins d'internement dans un asile d'aliénés sont des conclusions rationnelles. La démence durable est complète, c'est la démence qui est un fait de notoriété publique ; elle est évidente. La démence partielle (aliénation mentale véritable cependant) est plus difficile à reconnaître ; elle est douteuse au premier abord, surtout chez les délirants et les périodiques. Un délire, tout particulièrement, peut être dissimulé consciemment, volontairement (réticence des persécutés). C'est pour cela qu'il est dit par les juristes que « personne n'oserait plus soutenir que les jurés et les juges doivent résoudre les questions de responsabilité à la lumière de leur bon sens et de leur seule conscience. » La démence partielle est communément durable de même que la démence complète : la visite d'un asile d'aliénés est bien démonstrative à cet égard. Quelquefois les juristes emploient, à tort, le mot démence partielle dans le sens de troubles psychiques n'affectant pas la forme de l'aliénation mentale. Ainsi Garçon dit : « Les criminalistes ont continué de discuter... la question de savoir si les passions dans leur paroxysme peuvent être assimilées à une démence partielle... ; la négative est évidente. » En pratique neuro-psychiatrique, la démence durable, totale ou partielle, c'est l'aliénation mentale. Par conséquent, sur ce point, pas de difficultés touchant les conclusions médicales et judiciaires. Mais encore la démence durable peut guérir : par exemple, elle se sera présentée, avant l'acte délictueux ou criminel, sous la forme d'un accès vésanique curable en deux, trois ou six mois ou même plus. Le sujet étant revenu à son état normal, s'il commet ultérieurement un acte criminel, il doit en rendre compte, puisqu'il est sain d'esprit. Dans le cas où l'aliénation mentale apparaît après l'acte d'inculpation, le patient doit être interné comme tout autre aliéné. Un accès psychopathique net, franc, bien caractérisé, antérieur à l'acte, guéri depuis des mois ou des années, incline naturellement le juge à la circonspection et à l'indulgence.

La démence épisodique

Faut-il parler, en vérité, de démence épisodique ? Les troubles psychiques épisodiques, constatés uniquement au temps de l'action, doivent-ils être considérés comme relevant de l'aliénation mentale ? C'est le point qu'il importe d'examiner ici.

Le Code pénal. — Comment interprète-t-on l'article 64 du Code pénal ? « Il poserait le principe que la responsabilité pénale disparaît toutes les fois que l'agent n'était pas sain d'esprit au moment de l'acte, et n'avait pas l'exercice intégral de ses fonctions mentales. » Il n'est question nulle part de la durée des troubles de l'esprit. Toutefois, nous l'avons vu, certains criminalistes admettent que le mot démence ne comprend pas les troubles psychiques qui n'affectent pas la forme de l'aliénation mentale. Quels sont ces « troubles psychiques » ? En quoi diffèrent-ils de l'aliénation mentale ? Est-ce par la durée seule ? E. Garçon cite le somnambulisme, l'hypnotisme, le rêve, l'ivresse, et il ajoute : « Ils (les criminalistes) ne nient pas que le juge doive acquitter si ces troubles suppriment le libre arbitre. Mais ce principe ne résulterait d'aucun texte. On devrait donc se garder alors de motiver l'ordonnance ou l'arrêt de non-lieu, ou le jugement de relaxe, en visant l'article 64. » Il importe d'examiner les faits de démence épisodique dans leur détail, soit : l'hystérie, l'épilepsie, le somnambulisme, l'alcoolisme, l'ivresse, les passions, dont parle le commentateur du Code pénal.

(1) Pour toutes les citations, v. Garçon Emile. *Code pénal annoté.* T. 1, p. 172 (Paris, 1901-1906).

Les faits de démence épisodique. — Les faits de démence épisodique que nous venons d'énumérer comporte des cas très complexes qu'il faudra examiner spécialement, mais on notera tout de suite que ces faits comprennent uniquement les troubles psychiques « n'affectant pas la forme de l'aliénation mentale » typique, durable, confirmée.

1. — A propos de l'*hystérie*, le commentateur du Code pénal dit : « L'hystérie est une maladie aujourd'hui étudiée et connue, et dont le diagnostic peut être établi avec sûreté. La médecine admet que dans certaines formes elle peut constituer une cause de non-imputabilité. Enfin, dans ses formes moins graves, elle laisserait cette responsabilité entière. » C'est une question de savoir, aujourd'hui, si l'hystérie est une maladie. On doit l'admettre pourtant à notre avis. Dans l'hystérie, il y a deux ordres de faits à distinguer : les crises avec les phénomènes psychiques qui les accompagnent ou mieux qui les précèdent, et les troubles de la motilité et de la sensibilité, dits hystériques. Ces derniers, paralysies, contractures, anesthésies sont à écarter de la discussion : leur relation directe avec l'état mental reste obscure ; ce sont simplement, quand ils en dépendent, des séquelles de grandes ou de petites crises. Les crises hystériques, caractérisées par des convulsions désordonnées, sont des crises de nature émotionnelle, à base d'énervement ; elles sont engendrées par les contrariétés du moment, les vexations, les blessures d'amour-propre, etc., et les idées obsédantes qui en résultent. Quelquefois, à la fin de la crise, ou après la crise, on observe de très vagues conceptions délirantes de persécution, de mélancolie, ou encore des attitudes extatiques en rapport avec l'état intellectuel. Quelques auteurs, dans l'hystérie, ont tenté de faire jouer un rôle important au mensonge, à la fabulation, à la mythomanie. La mythomanie vraie, c'est l'imagination désintéressée. La mythomanie utilitaire correspond au mensonge ordinaire. Or, le mensonge est un phénomène normal ; il n'est pas « péché capital ». N'est-ce pas lui qui distingue nettement l'homme dans la série animale ? On peut dire qu'il est absolument nécessaire pour rendre relativement facile la vie familiale et sociale ; en principe, il n'est « impossible » qu'avec les pervers-récidivistes, chez lesquels il est systématique, quotidien, merveilleusement fantastique, terriblement utilitaire. Un sujet qui dissimule, qui ment, peut se montrer très maître de lui, mais aussi il peut souffrir beaucoup par énervement contenu ou refoulé, et c'est cette variété d'énervement qu'on trouve à l'origine de la crise d'hystérie. (Il y a des crises d'hystérie périodiques, comme il y a un énervement périodique ; elles sont très rares.) L'hystérie est une maladie émotionnelle, dysthymique, sans gravité aucune, sauf cas tout à fait exceptionnels (un cas chronique sur 1.000). Quid de la responsabilité, pratiquement, du fait de crises hystériques ? Les considérations du commentateur du Code sont rationnelles : l'hystérie peut être une cause de non-imputabilité ou une cause d'atténuation de la responsabilité, ou elle peut laisser la responsabilité entière. Les crises d'hystérie associées à la perversité-récidivisme ne doivent jamais incliner l'expert à la diminution de la responsabilité.

2. — Il en est de l'*épilepsie* comme de l'hystérie : elle peut donner lieu à des conclusions variées, mais l'épilepsie, bien caractérisée, est autrement grave que l'hystérie. Le commentateur du Code pénal dit : « L'épilepsie est aussi une maladie qui peut supprimer toute responsabilité. Il est d'autant plus nécessaire de recourir à une expertise médico-légale, lorsqu'on a le moindre soupçon de cette maladie chez l'accusé, qu'elle a pour effet de porter le malade à commettre certains actes délictueux et qu'elle se dissimule souvent sous des formes que seul le spécialiste peut reconnaître. Certaines écoles médicales et spécialement celles de l'anthropologie criminelle, ont exagéré l'étendue de l'épilepsie. » Incontestablement, les équivalents comitiaux (absence, état second, automatisme ambulatoire, fugue), sont parfois extrêmement difficiles à identifier, surtout quand il y a alcoolisme concomitant. Il faut se garder, en présence d'un inculpé qui se hâte de se dire amnésique ou qui ne se dit qu'amnésique, de conclure rapidement à l'épilepsie. Lorsqu'il invoque avant l'acte des crises nerveuses, il faut les étudier avec soin et voir s'il ne s'agit pas seulement de crises hystériques. Que d'erreurs sont ainsi commises ! Et cela explique les justes réserves de E. Garçon : on a exagéré l'étendue du mal comitial. Ajouter qu'on peut poser en principe que les pervers-récidivistes ne sont jamais des épileptiques, tandis qu'ils sont parfois des hystériques à crises nettes.

3. — Les faits de *somnambulisme* et d'*hypnotisme* sont tellement rares en matière médico-légale que la démonstration de leur existence n'a pas été faite souvent, si même elle l'a été. Sur un total de sept à huit cents expertises, nous n'avons jamais examiné un seul cas de cette sorte. Ce sont des faits qui s'observeraient chez les hystériques, chez les sujets nerveux (irritables et joyeux), non pas chez les anxieux ni chez les mélancoliques. Pour le plus grand nombre des criminalistes, le somnambulisme et l'hypnotisme ne sont pas des troubles psychiques à ranger dans l'aliénation mentale. Nous acceptons cette opinion. La question du crime en état second somnambulique ou hypnotique est à reviser. Elle a l'intérêt de la chose exceptionnelle, et c'est tout probablement : en pratique sociale courante, ce n'est qu'une curiosité à fondements complexes et fragiles.

4. — La question de l'*alcoolisme* est fort difficile à présenter au point de vue criminel. Il faut distinguer l'alcoolisme chronique avec ivresses ou subivresses quotidiennes, et l'ivresse alcoolique épisodique, mais l'alcoolisme chronique et l'ivresse, sans troubles psychiques caractérisés, ne relèvent l'un comme l'autre que du juge ou du jury. Quid de l'alcoolisme chronique compliqué de troubles mentaux ? « Il est certain, dit le commentateur du Code pénal, que les formes d'aliénation mentale qui sont la suite fréquente de l'alcoolisme sont une cause de non-responsabilité. » La folie chronique par alcoolisme est l'exception ; la folie aiguë ou subaiguë, durable, par alcoolisme est assez commune

(5 à 10 % dans les asiles d'aliénés) : elle guérit rapidement en une ou deux semaines, en un ou deux mois. Lorsqu'il y a folie au temps de l'action, qu'il s'agisse de folie chronique ou de folie aiguë par alcoolisme, il y a irresponsabilité, cela va de soi.

Mais quid d'un épisode psychique chez un alcoolique chronique en état d'ivresse ou de subivresse, au temps seul de l'action : pas de troubles psychiques avant, pas de troubles psychiques après. Quels sont ces épisodes psychiques possibles, au cours de l'alcoolisme chronique avec ou sans ivresses quotidiennes ? Ce sont : épisode colérique, épisode anxieux, épisode amnésique, épisode confusionnel, épisode onirique, épisode délirant, enfin épisode épileptique.

Episode colérique. — L'irritabilité, chez l'alcoolique chronique, est commune ; elle l'est beaucoup plus chez l'alcoolique par perversité que chez l'alcoolique par obligations professionnelles : ce dernier, d'ailleurs, est rarement un délinquant ou un criminel. La colère au temps de l'action, par alcoolisme, ne saurait supprimer la responsabilité ni même contribuer à la diminution de la responsabilité, celle-ci favorisant la récidive. L'épisode colérique, à ce moment, s'accompagne parfois d'amnésie, vraie ou fausse : il ne faut pas voir dans cette amnésie un symptôme épileptique. Lorsqu'elle est vraie, elle paraît due à l'asthénie psychique qui accompagne l'état émotionnel douloureux qu'est la colère.

Episode anxieux. — L'épisode anxieux, chez l'alcoolique chronique avec ou sans ivresse, est beaucoup moins fréquent au temps de l'action que l'épisode colérique, et, en outre, presque toujours la colère se surajoute à l'anxiété ou alterne avec elle. La peur, l'angoisse, constatée à ce moment, est assez vague, mal définie. Nous ne l'avons guère observée, au temps de l'action, qu'une fois, nettement, et l'énervement du sujet était également manifeste : il était difficile de dire si le crime était dû à l'anxiété ou à la colère tant il y avait comme intrication des deux états émotionnels, ou alternances rapprochées. Constitutionnellement le sujet était un colérique.

Episode amnésique. — Il arrive assez souvent qu'à la suite d'un délit ou crime, un alcoolique chronique allègue après ivresse qu'il ne se souvient pas, partiellement, jamais totalement ou bien c'est une autre question, des faits qui lui sont attribués. L'amnésie peut être réelle, mais aussi simulée. La simulation de l'amnésie est très difficile à démontrer. Admettons que cette amnésie, lacunaire et incomplète, soit réelle. Elle ne dépend pas d'un état confusionnel : la confusion mentale est essentiellement caractérisée par des troubles de la perception et de la reconnaissance. Cette amnésie, on peut l'expliquer par l'asthénie psychique (confusion dans les idées, difficulté de la remémoration) qui fait suite à l'anxiété, à la colère, lorsque celles-ci ont existé au temps de l'action. Ajoutons qu'une amnésie lacunaire n'est jamais une amnésie comitiale.

Episode confusionnel. — Un alcoolique chronique, en état d'ivresse fréquent ou non, peut présenter, semble-t-il, au temps de l'action, un court épisode confusionnel : égarement, désorientation, confusion dans les perceptions touchant les choses et les personnes. En cas de crime, cet épisode confusionnel s'accompagne toujours de troubles émotionnels colériques. Il est suivi d'amnésie partielle. Confusion dans les perceptions et confusion dans les idées peuvent coexister et créer un complexe psychique presque inextricable.

Episode onirique. — Chez un alcoolique chronique invétéré, on peut observer un épisode onirique au temps de l'action, soit au moment même de l'acte, soit avant, soit après. Il s'agit d'onirisme simple (hallucinose simple) ; il y a hallucinations, illusions à l'état de veille, mais sans idées délirantes. Dans ces cas, l'onirisme est essentiellement transitoire. Il peut engendrer un état émotionnel, de la peur, de la colère. Il n'est pas suivi d'amnésie, ou cette amnésie est partielle.

Episode délirant. — L'hallucinose, ou onirisme, compliquée d'idées délirantes, et presque toujours d'idées de persécution, quelquefois d'idées d'auto-accusation, constitue l'épisode hallucinatoire observé le plus communément chez l'alcoolique chronique. Il peut exister avant, pendant ou après l'acte. Il peut ne se manifester qu'après l'acte. Il dure quelques heures, exceptionnellement quelques jours. Il guérit très rapidement.

Episode épileptique. — Un alcoolique chronique, avant l'acte ou après l'acte, non pas au moment de l'acte (dans ce dernier cas il serait pratiquement empêché d'agir), peut présenter un épisode épileptique de nature éthylique : crise, absence, vertige (chute). Cet alcoolique, en principe, n'est pas un épileptique habituel. Chez lui, il ne s'agit que d'un épisode, d'un premier épisode, et même pratiquement d'un épisode considéré comme devant être unique.

Ces divers épisodes psychiques, chez des alcooliques chroniques avec ou sans ivresses quotidiennes, se produisent soit au moment de l'acte, soit immédiatement avant, soit immédiatement après ; ils sont toujours difficiles à débrouiller par l'analyse psycho-clinique, mais leur caractère passager, transitoire, est constant.

5. — La question de l'*ivresse* alcoolique, dans le Code pénal annoté, est exposé sans que soit faite la distinction de l'ivresse chez les alcooliques chroniques d'avec l'ivresse chez un sujet qui n'est pas encore un intoxiqué éthylique chronique. Voici ce que dit E. Garçon : « C'est une question classique de savoir si le délit commis en état d'ivresse est punissable. Les criminalistes multiplient ici les distinctions : l'ivresse peut être complète et abolir totalement le discernement et le libre arbitre ; elle peut être incomplète et laisser subsister quelque raison et quelque volonté ; elle peut être ensuite recherchée, occasionnelle ou habituelle, ou enfin involontaire. » La Cour de cassation a d'abord jugé que « l'ivresse était une circonstance atténuante du délit et devait être l'objet d'une question au jury », ceci sous l'influence du Code de Brumaire... « Elle n'a pas tardé à abandonner cette doctrine et c'est un point constant de jurisprudence que l'ivresse n'est pas une excuse des crimes, délits et contraventions, et que, par conséquent, en Cour d'assises, elle ne doit pas faire l'objet d'une question spéciale au jury... Il a même été jugé que la Cour d'assises pourrait interdire au défenseur de plaider que l'accusé se trouvait au moment du crime en état d'ivresse, ce fait ne constituant ni une excuse légale ni le cas prévu par l'article 64... » Il ajoute : « La doctrine de la Cour suprême est moins claire sur le point de savoir si l'ivresse peut au moins être considérée comme atténuant en fait la responsabilité de l'agent. Certains arrêtés l'admettent expressément, par exemple 10 floréal an X ; d'autrs le nient ; d'autres laissent la question indécise ».

L'ivresse n'intéresse l'expert que si elle s'est accompagnée de troubles psychiques. Quels sont ces troubles ? (Il s'agit de l'ivresse survenant chez un sujet non alcoolique chronique.) Nous retrouvons, là, des accidents cérébraux épisodiques et ce sont les mêmes ou à peu près, que ceux qui ont été étudiés ci-dessus à l'occasion de l'alcoolisme chronique avec ou sans ivresses quotidiennes. Par conséquent, ivresse avec colère, ivresse avec anxiété, ivresse avec amnésie partielle, ivresse avec confusion mentale, ivresse avec onirisme (hallucinose sans délire), ivresse avec délire (hallucinose délirante), ivresse avec épilepsie, et en plus ivresse maniaque (joie et colère). Ces cas de troubles mentaux passagers sont souvent fort compliqués.

6. — Au sujet des *passions*, E. Garçon indique que, comme pour l'ivresse, il a été jugé que « la Cour d'assises pourrait interdire au défenseur de plaider que l'accusé se trouvait au moment du crime sous l'empire de passions... ». Et il dit que les criminalistes ont discuté « la question de savoir si les passions dans leur paroxysme peuvent être assimilées à une *démence partielle*, et être ainsi considérées comme une cause d'irresponsabilité. En principe, la négative est évidente. Presque tous les faits délictueux, et spécialement les plus grands crimes, s'expliquent par quelque passion ». Cela est juste. L'appoint alcolique dans un état passionnel complique l'examen sans empêcher la discrimination.

Quid de tous ces faits avec troubles mentaux épisodiques chez des alcooliques, des hyperémotifs, des hystériques, des épileptiques, etc. ?... Il ne s'agit pas de folie caractérisée, donc durable. Cela explique l'opinion des criminalistes qui déclarent que le mot démence, dans le sens de l'article 64 du Code pénal ne comprend pas les troubles de l'esprit « n'affectant pas la forme de l'aliénation mentale ». Cependant, semble-t-il, il faudrait préciser davantage ces phénomènes psychiques passagers et dire comment les interpréter.

Considérations médico-légales

Quelles sont, du point de vue médico-légal, les conséquences qui résultent du fait de considérer comme atteints d'aliénation mentale les individus présentant au temps de l'action des troubles psychiques épisodiques ? Dire qu'ils se trouvaient en état de démence dans le sens de l'article 64 du Code pénal quand ils ont commis le délit ou le crime qui leur est reproché entraîne une telle confusion sociale qu'il importe d'essayer d'apporter quelque clarté dans cette question.

Lorsque l'expert conclut à la démence au temps de l'action en raison de troubles mentaux passagers, l'inculpé est placé, à peu près constamment, dans un établissement d'aliénés. Or, à ce moment, un mois ou plus après le délit ou crime, cet inculpé n'est pas ou n'est plus un aliéné. Il rentre dans la catégorie de ces individus, observés par nous dans les asiles d'aliénés que nous avons appelés des aliénés putatifs. Le tribunal place donc dans une maison de santé fermée un individu qui n'est pas réellement malade au point de vue mental, un individu qui devrait être mis purement et simplement en prison, ou, comme on dit par euphémisme, dans un établissement de rééducation et de réadaptation sociale. Dans la vie courante ordinaire, il ne viendrait à l'idée d'aucun médecin, d'aucune personne, de placer dans un asile d'aliénés un individu quelconque ayant présenté durant quelques minutes, quelques heures ou même quelques jours des troubles mentaux épisodiques. Comment expliquer que le délinquant ou le criminel jouisse d'une faveur spéciale ? Déviation médicale, non pas sans doute orgueil médical, déviation par interprétations fausses de faits d'ordre psychologique banal. Il y a de grands inconvénients à mêler des gens sains d'esprit à des aliénés, non pas parce que la folie est contagieuse (un cas sur 10.000), mais parce que les sujets non aliénés se groupent, se révoltent, exploitent leurs camarades, alors que le vrai malade s'isole, vit son délire, ignore totalement ou presque l'état de son voisin.

La répression en est-elle affaiblie ? Cela paraît certain. L'internement dans un asile d'aliénés, en cas de récidive de la part de l'individu, sera une excuse dont usera et abusera le défenseur. E. Garçon veut bien dire : « ...personne n'oserait plus soutenir... que les aliénistes sont portés trop facilement à affirmer des formes de folies indécises et douteuses, et que leur intervention dans l'œuvre judiciaire, affaiblirait la répression. » C'est faire confiance à la science médicale, mais celle-ci n'a qu'une valeur relative, donc pratique. La démence, pour être réellement admise, doit être bien caractérisée, durable, confirmée, exister avant et après l'acte. C'est ce que ne dit pas le Code pénal. L'asile des aliénés n'a pas été créé pour les non-aliénés : un individu non aliéné et interné à tort doit être mis de suite en liberté. Le maintenir à l'asile, par exemple pour le corriger de son alcoolisme ou pour redresser ses troubles du caractère, est une illégalité.

Il appartient aux juges et aux jurés, en cas de troubles psychiques épisodiques, de déterminer la sanction qui s'impose ; l'expert ne doit pas conclure à l'internement puisqu'un sujet non-aliéné serait dirigé sur une maison de santé fermée et placé parmi des individus atteints de folie. Si l'on admettait que les troubles psychiques épisodiques, chez les alcooliques, chez les hyperémotifs, chez les hystériques, etc., sont de l'aliénation mentale, il faudrait conclure à l'internement : or les asiles d'aliénés n'ont pas été construits pour recevoir de tels sujets. On entend dire parfois

que la colère est un court accès de folie. Ce n'est qu'une fantaisie. Il n'y a pas de démence épisodique, il n'y a qu'une démence durable. La folie vraie est la folie qui dure.

Conclusions

A propos du mot démence inclus dans l'article 64 du Code pénal, il ne faut pas confondre démence durable et démence épisodique. La démence durable, c'est l'aliénation mentale type, qui persiste pendant des mois, des années, qui existait avant et après l'action, donc qui existait certainement au temps de l'action. Les fais de démence épisodique au temps de l'action sont des troubles ou mieux des anomalies psychiques qui n'affectent pas la forme de l'aliénation mentale, par exemple chez des dysthymiques, chez des alcooliques chroniques ou non, chez des hystériques, chez des épileptiques, etc. Placer à l'asile des aliénés un délinquant ou un criminel qui a présenté des troubles psychiques uniquement au temps de l'action, c'est interner un individu sain d'esprit, donc c'est le séquestrer arbitrairement, et en outre c'est affaiblir la répression. Tous les pervers-recidivises tirent profit du placement à la maison de santé fermée. C'est au tribunal, en cas de troubles psychiques épisodiques au temps de l'action, qu'il appartient de fixer la sanction nécessaire. L'asile des aliénés est un hospice, non pas une prison.

THÈSES DE PROVINCE (1)

THESES DE STRASBOURG (CLERMONT)

Année scolaire 1941

Doctorat d'Etat : 35 thèses numérotées de 1 à 35 inclus.
Régime local : 1 thèse numérotée 1 *bis*.
1 *bis*. — ABOUT. *Contribution à la pathogénie el au traitement des troubles fonclionnels réflexes dans les paralysies du nerf radial.*
14. — ARON. *Nouvelte méhode de sérodiagnostic de la syphilis.*
15. — AUDY (Mlle). *Les sulfamides dans tes différentes infections el spécialement dans tes méningites streptococciques.*
35. — BACONNET. *Contribution à l'étude de la sulfamidothérapie des méningites. Danger des injeclions intrarachidiennes de* 693 *M.-B.*
33. — BONNAUD. *Contribution à l'étude de la lutte contre l'alcoolisme dans la région du Limousin.* (Etude médico-légale.)
29. — BOURBOULOUX. *Contribution à l'étude des lipomatoses segmentaires.*
7. — BRAUNSCHWEIG dit BRUNSWICK. *Contribution à l'étude clinique, radiologique et lhérapeutique des abcès latenls du rein.*
9. — CERF. *Le traitemenl post-opéraloire du pneumothorax extra-pleural.*
25. — CHAUMERLIAC. *Conlribution à l'élude des osléosarcomes de l'extrémilé inférieure du fémur.*
30. — CORNET. *Contribution à la pathotogie urinaire de l'enfant. La néphrite chronique urémigène et hypotrophique.*
17. — COUPAS (Mme), née PONT. *Conlribution à l'élude et au traitement des périlonites à pneumocoques.*
8. — CROMBACK. *Conlribution à l'étude des suites éloignées des méniscectomies.*
2. — DUGOT. *Contribulion à l'étude médico-physiologique des pupiltes difficites de l'Assistance Publique.*
16. — FAIGE. *Un grand chirurgien limousin : Alexis Boyer.*
32. — FONLUPT (Mlle). *Les sulfamides dans le lraitemenl actuel de la méningite cérébro-spinale.*
21. — GARETON. *Commentaires médico-légaux sur la nouvelle légistation de l'avortemenl.*
20. — KNOPF (Mlle). *Sur une forme souvenl méconnue de la paralysie infantile : La forme polio-pyramidale, ses types ctiniques, son pronostic.*
22. — LAM-VAN-NGHI (Mme), née GRINBLATTE. *Elude de l'exptoration fonctionnelte du pancréas endocrine.*
26. — LAPINE (Mme), née CHARBONNAUD. *Contribution à l'étude des métastases cérébrates dans les lymphosarcomes du médiastin.*
4. — LEDOUX. *Contribution à l'étude clinique et épidémiologique de la fièvre à phlébotomes.*
11. — LEPRAT. *Conlribution à l'étude du syndrome de Weitl-Reys.*
18. — MASSONIÉ (Mlle). *Conlribution à l'étude des défaittances cardiaques graves au cours des anémies.*
13. MAURIN (Mlle). *Le nanisme et l'infantillisme rénal.*
24. — MOROS. *Considéralions générales sur l'ossification de l'appareil hyoïdien chez l'homme.*
27. — MUGLER. *Contribution à l'étude des sténoses congénitales de l'urelère.*
12. — NICLOUX. *Les rhumalismes de l'épaule à forme de périarthrites.*
34. — RAUX (Mme), née HOFFMANN. *Le cri de l'enfant, sa valeur d'expression émotionnelle envisagée au point de vue musical. Contribution à la psychogénèse de l'éthos de la musique.*
10. — RIVEREAU. *Contribution à l'élude des perforations pulmonaires. Diagnoslic et lraitement du pneumothorax dit « suffocant ».*
6. — ROUBILLE. *Psychoses de guerre chez les civils* (mai-juin 1940).
19. — ROUSSEL (Mme), née BOURZEIX. *A propos de quelques cas d'endométrioses.*
28. — ROUX. *Conlribution à l'étude physiotogique des eaux minérales. Eaux minérales et fonctions de digestion.*
31. — SOMMER. *Les rapporls de l'acte el de la personne au point de vue médico-légal.*
5. — TERNIER. *Contribution à l'étude des mycétoses aleucémiques.*
1. — VERMINCK. *Conlribution à l'étude des formes abdominales de la lymphogranulomalose matigne.*
23. — VOEGTLIN (Mme), née GROLLENMUN (Marguerite). *Stalistique pondérale après quelques mois de restriclions.*
3. — VOEGLIN (Raymond). *Des méthodes prophylacliques anlimorbilteuses.*

(1) Cf. *Gaz. Hôp.*, 1943 : *Thèses de Monlpellier* (années 1940-41 et 1941-42), p. 90. — *Bordeaux* (1941-42), p. 123. — *Marseille* (année 1941), p. 123. — *Nancy* (année 1941-42), p. 124. — *Lille* (années 1940-41-42), p. 201. — *Marseille* (année 1942), p. 220. — *Lyon* (années 1940-41), p. 253.

Année scolaire 1942

Doctorat d'Etat : 36 thèses numérotées de 1 à 36 inclus.
19. — ARON. *Contribution à l'étude de l'apparition des œdèmes au cours de l'insuffisance ventriculaire gauche.*
18. — BEAUGY. *Sur la réparation et la prévention des dermatoses professionnelles par agents chimiques.*
31. — BENASSY. *Conlribution à l'étude des œdèmes des hépaliques.*
21. — BERNET. *Sur les variations du quotient atbumineux de sérum et leur influence sur la réaction de Vernes à la résorcine et ta sédimentation globulaire.*
23. — BERTHOLON. *Idées actuelles sur la fièvre typhoïde ; son diagnostic sérologique, son évotution clinique, sa prophytaxie.*
34. — BLINTZOWSKY. *Contribution à l'étude de la lubercutose conjugale.*
2. — BRIENT. *Les hernies diaphragmatiques droiles. Essai pathogénique anatomo-pathotogique el clinique.*
20. — BUHR. *Contribution à l'étude de la chrysothérapie intrapleurale.*
16. — CHAMBAT. *Conlribution à l'étude physiologique des eaux minérales. La balnéothérapie.*
1. — CHARPENTIER. *Conlribution à l'étude du traitemenl des utcères de la cornée par les dérivés sulfamidés.*
35. — CHATELARD. *Contribution à l'étude des troubles carenliels (analogie avec la forme humide du béribéri).*
22. — CHATELARD. *Conlribulion à l'élude de la maladie de Hand-Schüller-Christian.*
13. — COURTADON. *Contribution à l'étude de l'appendicile à forme tumorale.*
8. — DELMAS (Mme), née ROUAUD. *Inlerprétation de la vateur clinique de l'hyperazotémie en pratique médicale usuelle.*
33. — FÉLIX. *Carence alimentaire à l'hôpilal psychiatrique de Chezal-Benoit.*
23. — FAVARON. *Contribulion à l'étude des avitaminoses au cours des œdèmes de famine.*
12. — FOURET. *Conlribution à l'étude des appendicites aiguës traumaliques.*
29. — GEX (Mlle). *Recherches sur le coefficient lampon du sérum humain et sur ses relations avec l'état pathologique.*
9. — GUILLAUMIN. *A propos de trois observations de cancer primitif du poumon.*
7. — HAUY. *La sympathectomie lombaire basse associée à la section du nerf obturateur dans le lraitement des paralysies spasmodiques du membre.*
10. — LAURY. *Considérations sur la malariathérapie et la prophylaxie de la paralysie générale.*
3. — MARRE. *Le côlon droit mobile ; sa palhologie en dehors du volvulus.*
15. — MATHE. *Le rapport lipidique de Machebœuf et Sandor chez l'homme à l'état normal et dans quelques cas pathologiques.*
14. — MOÏSE. *Etude sur les méningites à staphylocoques.*
4. — MUESSER. *Sur la nouvelle législalion de l'infanlicide. Commentaires médico-légaux et médico-sociaux.*
5. — RIALLANT. *Contribution à l'étude des pneumothrax artificiels inefficaces. Des indications de leur relâchemenl el des lraitements de substitution.*
30. — RIESSER. *A propos du procédé de désinfection d'adhérences par l'opération de Sebestyen.*
27. — ROHMER. *De l'intérêt du syndrome pyramidal déficitaire dans le diagnostic des tumeurs des hémisphères cérébaux.*
28. — SAINT-FÉLIX. *Contribution à l'élude de la répartilion géographique de l'acrodynie infanlile.*
25. — SAMARCQ. *Le traitement salicylé dans ses pleurésies tuberculeuses.*
26. — SCHUHLER (Mlle). — *Le problème de la colchicine subslance statmocinélique, en relation avec ses propriétés physico-chimiques.*
17. — SERRE. *Conlribution à l'étude des calcifications pulmonaires à propos d'un cas d'expectoralion de pneumolithes.*
6. — SIROT. *Réftexion sur cinq années de fonclionnement d'un sanatorium timousin.* (Sanatorium du Cluzeau-Isle.)
32. — SOMMER (Mme), née ROEHRICH. *L ovarile scléro-kyslique ; son traitement par l'infillration anesthésique locale des pédicutes ovariens suivi d'ignipuncture.*
11. — VUILLET. *Les irradiations hypophysaires dans le diabète sucré.*
36. — WERTHEIMER. *Dysenterie amibienne aulochlone.*

THESES DE MEDECINE DE TOULOUSE

Année scolaire 1942

52 thèses. Etat : 47 numérotées de 1 à 55 inclus [les 8 thèses nos 1, 24, 26, 31, 39, 51, 53 et 54 n'ont pas été soutenues]. Université : 5 numérotées de 190 à 195 inclus [la thèse n° U 193 n'a pas été soutenue].
9. — AUBRY. *A propos du diagnostic des grossesses exlra-utérines.*
3. — BALARD. *Contribution à l'élude des œsophagiles corrosives et de leurs séquelles.*
15. — BANGALTER. *Trailemenl chirurgical des adhérences du pneumolhorax artificiel. Le pneumolhorax extrapleural communiquant.*
21. — BARRAULT (Mlle). *Nodules rhumalismaux de Meynet.*
7. — BENSISSOU. *Contribution à l'étude des algies des amputés récenls. Leur traitement par la vitamine* B_1.
30. — BERNARDIN. *Les hémorragies gastriques des hypertendus artériels.*
48. — BOURDET. *Syndromes posl-opératoires.*
50. — BOURDIEU. *Un syndrome adominal aigu et de diagnoslic difficile : les ruptures d'anévrysme de l'aorte abdominale.*
34. — BOYRIE. *Pneumopéritoines spontanés.*
11. — CAUX. *Contribulion au lraitement chirurgical des fistules vésicovaginales post-opératoires.*
4. — CAZAUX. *Barèges, slation de réparation et de régénération osseuse.*
22. — CHAPUS. *Contribution à l'étude des ictères par cholédocite.*
27. — CRABOL. *De l'effet contro-latéral des seclions de brides pleurales.*
44. — DEMARTY. *L'infarctus seplal postérieur.*
29. — DESPLANCHES (Mlle). *De la ponclion du cul-de-sac de Douglas dans le diagnostic des grossesses extra-utérines.*
40. — DUFOUR (Mlle). *Contribulion à l'étude comparative du sérum de la femme enceinle el du sérum du nouveau-né.*
47. — DUMAS. *Contribulion à l'étude des hémorragies intra-péritonéales non gravidiques d'origine génilale.*
55. — DUPUY. *Conlribulion à l'élude de l'anévrysme pariétal du cœur.*

10. — DUTECH. *Surdités rhinogènes et leur traitement par les vapeurs sulfurées.*
32. — DUVAL. *Etude critique des formes prolongées de la myocardite diphtérique.*
37. — FAGET. *Contribution à l'étude des récidives ganglionnaires dans le cancer du sein opéré.*
8. — GRANIER. *Ostéomes du tendon d'Achille.*
12. — GREIVELDINGER. *De l'apparition d'une hypertension artérielle chez les amputés.*
6. — GUILHENDOU. *Contribution à l'étude des plaies suspectes par armes à feu.*
41. — HARF-FOURNIER (Mlle). *Contribution à l'étude des mononucléoses infectieuses. Essai critique de la réaction de Paul et Bunnell.*
16. — IZARD (Mlle). *Contribution à l'étude des hépatites amibiennes suppurées tardives et autochtones.*
U. 192. — KATZ (Mme). *Exploration radiologique « en coupe ». Les différents procédés et leurs applications spéciales.*
U. 195. — KORNBLUETH. *Ostéites typhiques des os longs.*
33. — LASSALLE. *Traitement chirurgical de l'hypertension. Ses indications. Ses suites opératoires.*
23. — LATCHER. *Contribution au traitement chirurgical de l'hypertension artérielle.*
25. — LEYMARIE. *A propos d'un cas de nœvo-carcinome prépubien.*
35. — LOCRE-IZARD. *Résultats éloignés des gastrectomies pour ulcères.*
U. 190. — LUGER. *Néphrites azotémiques précoces de la scarlatine. Leur traitement par les dérivés sulfamides.*
36. — MONGAUZI. *A propos d'un cas de pseudo-kyste traumatique du pancréas. Considérations cliniques et pathologiques.*
19. — MONTIES. *Contribution à l'étude des septico-pyohémies à staphylocoques. Considérations cliniques et thérapeutiques.*
49 — MYQUEL-GOGOIS (Mme). *Les tests mentaux. Leur application en pratique psychiatrique infantile.*
U. 191. — OSORIO. *Contribution à l'étude de la sulfamidothérapie des plaies de guerre.*
45. — PEDOUSSAUT. *Essai sur le polymorphisme des polyradiculonévrites aiguës avec dissociation albumino-cytologique.*
2. — PUG. *Le camphosulfonate de paraminobenzène sulfamide dans le traitement des affections pulmonaires aiguës.*
43. — RAVAINE. *L'insulino-résistance dans les états fébriles.*
13. — REIS. *Innervation des artères du cou et de la portion extra-cranienne de la tête.*
5. — ROSSIGNOL (Mlle). *Situation légale des fonctionnaires de l'Etat et des candidats aux fonctions publiques vis-à-vis de la tuberculose.*
20. — ROURE. *Etude des lipides dans le sérum des syphilitiques.*
14. — ROUZAUD. *Contribution à l'étude de la cure hydro-minérale alcaline dans le traitement du diabète.*
U. 194. — SABA (El-Saïd). *Contribution à l'étude radiologique des paralysies du pharynx.*
18. — SAHLY (Ali). *Valeur pratique de la réaction de Meinicke dans le diagnostic de la syphilis chez la femme enceinte.*
46. — SEIGNEURIC. *Contribution à l'étude clinique du sinus carotidien.*
38. — SER. *Contribution à l'étude de quelques aspects cliniques de la syphilis hépatique.*
42. — SOFER (Mlle). *Contribution à l'étude du diagnostic radiologique des séquelles ostéo-articulaires dans la syphilis.*
17. — SOLINHAC. *Tumeurs du corpuscule carotidien.*
52. — TOURNEUX. *Contribution à l'étude des symptômes cochléo-vestibulaires dans la sclérose en plaques.*
28. — TRICART. *Sur un cas de ganglioneurome abdominal.*

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

30 *juin.* — Mlle TAILLARDAT. Les enracinés dans les asiles. — M. COLLIN. De la sérothérapie antituberculeuse. — Mlle DORMIGNIES. Manifestations cardiaques et aortiques du paludisme. — M. BERNHARD. De l'influence de l'eau et du bicarbonate de soude sur la concentration du salicylate de soude dans le sang. — M. BRIAULT. La cyanose sulfamidothérapique. — M. COLLET. De la thérapeutique de la maladie sérique au cours de la diphtérie par un anti-histaminique de synthèse : le chlorydrate de la H-diamino-éthyl-H-benzylaniline. — Mlle HORN. Sur un cas de leucoblastose. — M. MAURER. La douleur et son mécanisme périphérique. — Mlle ZAIGUE. Des nævi pigmentaires et de la pachydermie vorticellée. — M. ZLATOFF. L'action des rayons X et le milieu intérieur. — Mlle MOREAU. L'épilepsie des tumeurs du cerveau. — M. POISSON-QUINTON. L'anorexie mentale. — M. BACHELET. Recherches sur les agglutinines du sérum hémolytique. — M. LABAYLE-PABET. Radiothérapie à doses modérées de la région hypophyso-hypothalamique dans certaines formes d'obésité. — Mlle PANNETIER. Des ulcères géants de la petite courbure et de la face postérieure de l'estomac. — M. PRINCIPALE. La méningite tuberculeuse à forme somnolente de l'adulte. — M. GOUYGOU. Lésions vasculaires et circulation de suppléance dans les néphrites chroniques. — Mlle PIRET. De la lymphogranulomatose maligne primitive de l'intestin. — M. RIBBAY. D'un cas de réticulo-endothéliome pleural. — Mme GORDAT. Les formes fracturaires des ostéopathies de famine. — M. RIPORT. Conditions matérielles de l'exercice de la médecine en campagne. — M. WINTREBERT. Mouvements post-opératoires de l'eau. — M. BAUD. L'ostéite tuberculeuse de l'acromion. — M. MARCHAND. Dilatations aiguës digestives post-opératoires. Rôle de la perméabilité. — Mlle DELMASURE. La récupération fonctionnelle des gastro-entéroptoses par la diathermie. — Mme VERNE-SOUBIRAN. Etude sur l'action expérimentale du dinotrophénol 1-2-4. — Mlle DARQUIER. De la médecine du travail. — M. VERDEAUX. La paranoïa de compensation. — Mlle BROUILLET. — De l'anesthésie solaire dans la chirurgie gastro-hépatique. — M. HENRY JEAN. Sur deux cas de tuberculoses articulaires succédant à un traumatisme.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

Histologie pathologique des cachexies par carence et déséquilibre alimentaire, par P. FLORENTIN et M. HACQUARD. *Revue médicale de Nancy*, T. LXIX, 1er juillet 1943, p. 123.

Les auteurs ont effectué 15 autopsies de malades de l'hôpital psychiatrique de Maréville, décédés au cours de l'année 1942 par suite de cachexie de dénutrition.

Ces malades étaient morts subitement de syncope cardiaque, après une longue période d'amaigrissement progressif avec œdèmes, polyurie, bradycardie, hypotension et hypothermie.

Les auteurs résument leurs observations dans les conclusions qui suivent :

« Les lésions enregistrées consistent principalement :

« 1° *Dans des phénomènes d'hypertrophie réticulo-endothéliale* très accentuée au niveau de la rate et du foie, avec hyperhémolyse et décharges monocytaires concomitantes, ce qui expliquerait la monocytose signalée par MM. Girard et Louyot.

« 2° *Dans des lésions de néphrite épithéliale :* on ne s'explique pas bien ces lésions de néphrite épithéliale constantes que nous avons relevées, étant donné l'absence d'albuminurie chez les malades étudiés.

« 3° *Dans des lésions pancréatiques :* le pancréas exocrine en aplasie, ne doit pas nous surprendre, étant donné la carence alimentaire en protides et lipides.

Quant à l'hyperplasie des îlots de Langerhans, elle correspond à celle qui a été signalée expérimentalement au cours du jeûne chez l'animal (Watrin et Florentin).

« 4° *Dans des lésions des surrénales :* les lésions surrénales sont plus difficiles à interpréter étant donné leur polymorphisme. Toutefois, l'homogénéisation de la corticale correspond bien aux images enregistrées expérimentalement chez les animaux dont le métabolisme est perturbé (carences-infections).

Les quelques phénomènes *d'hyperactivité thyroïdienne* que nous avons signalés, concordent avec les résultats expérimentaux, en particulier avec ceux enregistrés par Th. Fontaine chez les lapins inanitiés. Quant à *l'atrophie testiculaire*, elle explique de façon très claire les phénomènes d'impuissance génitale qui ont été reconnus chez tous nos malades.

Ce faisceau d'observations anatomo-pathologiques permet de conclure que le déséquilibre alimentaire atteint plus particulièrement le tissu réticulo-endothélial et accessoirement certaines glandes endocrines qui tiennent sous leur dépendance l'équilibre du métabolisme chez le sujet normal. » M. L. S.

Le taux de glucose dans le liquide céphalorachidien au cours des méningites, par H. FELDMANN et D. BERNDT. *Zentralblatt für innere Medizin*, 10 juillet 1943.

Les auteurs ont étudié 33 cas de méningites diverses : séreuse, épidémique, pneumococcique, tuberculeuse, purulente.

Sauf exception, la glycorachie est exagérée dans les méningites séreuses et abaissée dans tous les autres cas, à des degrés divers. Le maximum d'abaissement se rencontre dans les méningites tuberculeuses mais surtout dans les méningites purulentes. A noter qu'on peut aussi trouver de l'hypoglycorachie dans les néoplasies méningées.

On ne peut tirer de la seule glycorachie aucune indication pronostique. R. L.

La signification clinique des types bactériologiques dans la diphtérie, par Verner Gottfried HAASE. *Zentralblatt für innere Medizin*, 3 juillet 1943.

Certains auteurs et parmi les plus récents Hammerschmidt (1924) ont établi une relation entre la forme bactériologique et les caractères cliniques.

L'auteur examinant en 1938-1939 1.000 cas de diphtérie hospitalière y a reconnu 514 graves, 359 moyens et 127 bénins (d'après le critérium bactériologique) soit une proportion respective 4, 3, 1, avec tous les type évolutifs. Il semble que la mortalité soit plus grande dans les formes graves, que le croup soit plus fréquent, les complications cardiaques plus fréquentes et les porteurs de germes plus nombreux dans les formes bénignes. Celles-ci seraient plus fréquentes à la campagne. Par ailleurs, on voit toutes les évolutions et toutes les formes cliniques avec chacun des types bacillaires.

Etude qui ne fait que confirmer la notion classique de la non-concordance entre caractères bactériologiques et caractères cliniques. La distinction de trois types bacillaires ne mérite guère d'être conservée dans la pratique. R. L.

Remarques sur les maladies infectieuses de l'enfance en Finlande (1939-1942), par le Dr Viljo RANTASALO. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 5 juin 1943.

De cette longue étude il ressort que, durant la guerre, poliomyélite, fièvre typhoïde et affections paratyphiques, ictères infectieux, oreillons, typhus exanthématique, méningite cérébrospinale n'ont pas d'histoire. Une partie du territoire sortant d'épidémies récentes de coqueluche, de scarlatine et de rougeole sont demeurées indemnes, mais a donné asile aux évacués de régions frontières que ces épidémies avaient épargnés et qui ont payé leur tribut pendant la guerre. Scarlatines bénignes, coqueluches graves entre 2 et 4 ans ; diphtérie plus nombreuses mais pas plus graves que normalement.

L'exode, les conditions défectueuses d'alimentation et la dépression psychique ont favorisé l'épidémie ; la rigueur et la sécheresse des hivers ont été une relative protection contre les complications respiratoires.

R. L.

L'influence de l'insuline sur le nombre des réticulocytes, par Theodor von Gorka. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 17 juillet 1943.

Chez l'homme le taux normal des réticulocytes varie de 2 à 13 p. 1.000 ; il est chez le lapin de 14 p. 1.000 ; chez le rat de 16 p. 1.000.

Même de fortes doses d'insuline ne modifient pas sensiblement chez l'homme le taux des réticulocytes. Les résultats, d'ailleurs contradictoires entre eux, de Kakumoto et de Uno ne sont donc pas confirmés.

L'influence de l'insuline chez l'animal est d'une puissance moyenne chez le rat et un peu plus marquée chez le lapin. R. L.

La thrombokinase, par Hans Werner. *Zentralblatt für innere Medizin*, 20-27 mars 1943.

L'auteur étudie la thrombokinase au point de vue de son origine, de son mode d'action et de ses propriétés chimiques ; et conclut en acceptant comme valables une partie des conceptions classiques : c'est bien la thrombokinase du sang qui, par son action diastasique, transforme la prothrombine en thrombine ; elle semble provenir des thrombocytes.

Ses expériences personnelles sur le sang hémophile lui ont montré que les thrombocytes hémophiles sont anormalement résistants et retiennent leur thrombokinase avec une énergie anormale ; ceci est particulièrement notable lorsque des thrombocytes hémophiles sont mis en présence d'un plasma hémophile.

Les thrombocytes normaux tendent, au contraire, à ramener vers la normale la coagulation d'un plasma hémophile.

Des substances n'entravant pas la coagulation, une prothrombine normalement dissoute dans le plasma mais d'action lente, une prothrombine paresseuse sont absorbés par des plaquettes hémophiles.

Les thrombocytes semblent donc être les répartiteurs de la thrombokinase sanguine.

R. L.

Les troubles dus à la nicotine, par le Dr F. Hoegler. *Wiener Mediziniche Wochenschrift*, 22 mai 1943.

L'usage du tabac peut amener des troubles du métabolisme des sucres, de la vitamine A, de l'acide urique, troubles qui sont à l'origine des modifications de l'appétit souvent observées chez les fumeurs. Il suffirait, pour l'auteur, d'une quantité minime de tabac : 3 cigarettes fumées consécutivement à jeun, pour modifier le métabolisme de la cholestérine, de la vitamine C et des sels minéraux. R. L.

La sulfamidothérapie locale dans la chirurgie abdominale, par R. Soupault. *Revue Médicale Française*, n° 7, juillet 1943, p. 104.

L'auteur constate la supériorité de la voie locale sur la voie générale. Dans la première on peut n'appliquer chaque fois que la quantité de produit nécessaire et les troubles d'intolérance n'ont pas été signalés. La voie générale, au contraire, pour obtenir la concentration optima entraîne à l'emploi de doses importantes de sulfamides et expose à des accidents.

M. Soupault a employé divers sulfamides (Septoplix en poudre ou en crayon, Fontamide, Lysapirine, etc.). Il recommande en même temps l'emploi des alcalins et même le sérum physiologique.

Après avoir donné quelques exemples parmi les plus frappants (péritonites, inondation purulente des tissus sous-péritonéaux, hystérectomie (Wertheim), chirurgie colique et rectale, M. Soupault insiste, en terminant, sur les points suivants :

« 1° La sulfamidothérapie, malgré sa merveilleuse puissance bactériostatique, ne doit pas devenir une arme à tout faire. L'utiliser sans discernement, c'est d'abord et avant tout pécher contre l'esprit. C'est ensuite risquer de commettre des erreurs pratiques d'interprétation et de détermination. C'est enfin mésestimer et peut-être perdre de vue les autres conditions de la réussite.

« 2° Or, en tous les secteurs, sans exception, l'importance de la qualité technique reste maîtresse et immuable. De même des règles intangibles de l'asepsie.

« Se croire autorisé à quelque négligence, de quelque ordre que ce soit, sous la protection des sulfamides, serait une erreur lourde de conséquences.

« Rien n'est changé, ou du moins il faut agir comme si rien n'était changé et considérer la méthode sulfamidothérapique comme un agent complémentaire de succès.

« 3° Cet appoint complémentaire, par contre, exemptant de certaines menaces et donc de certaines réserves, légitime des audaces nouvelles ; au cours de ces lignes, nous en avons laissé entrevoir quelques-unes dont les répercussions portent aussi bien sur les indications opératoires que sur l'évolution et les résultats.

« 4° La technique de la sulfamidothérapie locale, si simple soit-elle, requiert pourtant de la logique et de la précision. Ce serait déconsidérer la méthode que de s'en mal servir.

« Sous ces quelques remarques, nous croyons que l'introduction de la thérapeutique sulfamidée locale marquera l'étape actuelle de la chirurgie, au même titre peut-être que le firent en leur temps et l'antisepsie et l'asepsie. » M. L. S.

Expérience des premiers transports par avions sanitaires. — Dr Bela Bollobas. *Wiener Med. Wochenschrift*, 10 octobre 1942.

Bien que coûteux le transport aérien est économique, permettant le traitement rapide et une hospitalisation brève. Les contre-indications en sont moins nombreuses en réalité ; on doit en éliminer les seuls sujets qui ne supporteraient pas un transport prolongé par un autre moyen.

Sont à redouter le mal des altitudes et le refroidissement qui chez les malades et blessés apparaissent avant l'altitude critique de quatre mille mètres. L'inhalation d'oxygène obvie à l'un et à l'autre mais favorise parfois le vomissement.

Le transport des blessés du crâne est encore discuté en raison de la hernie cérébrale en altitude si le crâne est ouvert. On doit cependant s'y résoudre s'il y a vraisemblance d'esquilles osseuses.

On doit acheminer par air les blessés ayant besoin d'une opération précoce et de la tranquillité dans la période post-opératoire.

Les malades doivent recevoir une préparation adéquate (en particulier la transfusion chez les hémorragiés), une alimentation appropriée, des analgésiques et une médication préventive du mal de mer.

R. L.

L'opération césarienne à la Maternité de Pellegrin pendant dix ans (1928-1938). M. J. Péry. *Journ. de Méd. de Bordeaux*, nos 15-16, 15-30 août 1942.

L'auteur étudie les indications, la technique de la césarienne et les résultats qu'il a obtenus. Il parle surtout de la césarienne basse, mais il ajoute quelques mots des hystérotomies hautes et des hystérectomies pratiquées pendant ce même temps. « Sur 8.308 femmes ayant accouché à la Maternité, du 1er octobre 1928 au 20 juillet 1938, il a été pratiqué 316 césariennes basses, 15 césariennes hautes, 10 hystérectomies, ce qui représente en ce qui concerne la césarienne supra-symphysaire, une proportion de 3,98 pour cent. » L'auteur, après avoir exposé en détail les résultats obtenus, résume ainsi son étude d'ensemble :

« Les indications de la césarienne, tout en demeurant soigneusement discutées et s'adressant, dans la très grosse majorité des cas, à la dystocie pelvienne, s'étendent malgré tout de jour en jour et s'étendront encore dans le domaine des complications obstétricales et médicales de la grossesse et de l'accouchement.

La rachianesthésie, malgré ses dangers qu'il faut se garder de méconnaître, mérite de conserver dans la technique une très large place, en raison des avantages certains qu'elle présente. Il y aurait lieu peut-être de lui substituer dans certains cas les nouvelles techniques d'anesthésie générale par voie veineuse ou rectale. L'anesthésie locale pourrait aussi être employée d'une façon moins parcimonieuse, mais son usage sera toujours réservé à quelques cas particuliers.

Les résultats obtenus, quoique satisfaisants dans l'ensemble, peuvent certainement être améliorés. En particulier l'emploi larga manu des sulfamides doit diminuer notablement les morts par infection et les phlébites qui constituent la pierre d'achoppement des interventions de chirurgie obstétricale... » M. L. S.

CHRONIQUE

UN HOMMAGE DU PÉROU A LA MÉMOIRE DE MARFAN

La guerre qui se prolonge ne fait pas oublier les savants : notre compatriote éminent qui fut le premier titulaire de la chaire d'hygiène infantile créée au début de la guerre de 1914, le Professeur Marfan, vient d'être honoré au *Pérou*, dans l'autre hémisphère. C'est dire qu'à l'autre bout du monde, dans les Amériques latines, on pense à la France et à sa civilisation.

Le Professeur Achard, secrétaire général de l'Académie, a bien voulu me communiquer une lettre du Ministre de France à Lima, adressée au Ministre des Affaires Etrangères et qui relate cet hommage à la mémoire de Marfan.

Nous en extrayons les lignes suivantes :

« Une association de médecins péruviens, la *Asociation Médica Péruana Daniel A. Carrion* (1) a organisé, le 23 juillet 1942, une séance académique en vue de rendre hommage au professeur français, Antonin Marfan, membre de l'Académie de Médecine, récemment décédé. Elle a eu la courtoisie de m'y inviter.

Un certain nombre de médecins ont pris successivement la parole au cours de cette séance, pour rappeler les mérites de la *pédiatrie française*. Certains avaient été les élèves du professeur Marfan et ont été visiblement heureux de témoigner des sentiments de reconnaissance qu'ils conservent à leur ancien maître. Tout en restant sur le terrain scientifique, ils ont saisi cette occasion pour manifester leur sympathie à l'égard de nore pays, dans les jours d'épreuve qu'il traverse. J'ai, à la fin de la séance, remercié les organisateurs de l'hommage qu'ils avaient tenu à rendre au Professeur Marfan et, dans sa personne, à la France.

De telles manifestations, absolument spontanées, prouvent les sympathies que, malgré les difficultés de l'heure, notre pays conserve dans beaucoup de milieux péruviens, sympathies qui saisissent volontiers l'occasion de se manifester. »

***

Cet hommage rendu à la mémoire de notre éminent et vénéré maître emprunte aux circonstances présentes une valeur exceptionnelle. C'était pour nous un pieux devoir que de le signaler.

M. Mordagne.

(1) Le nom de cette Association a pour but de rappeler la mémoire d'un jeune médecin péruvien, mort il y a une quarantaine d'années, victime de son dévouement à la science ; Daniel A. Carrion s'inocula le virus de la *verruga* pour en suivre sur lui-même l'évolution et succomba à la suite de cette dangereuse expérience. »

LIVRES NOUVEAUX

L'électro-choc thérapeutique et la dissolution-reconstruction, par M. Paul Delmas-Marsalet, Professeur de clinique neurologique et psychiatrique à la Faculté de Médecine de Bordeaux, médecin des hôpitaux. Un volume de 150 pages. J.-B. Baillière et Fils, éditeurs, Paris (6e). 1943. Prix : 60 francs.

L'auteur a groupé dans cet ouvrage les connaissances relatives à la méthode d'électro-choc thérapeutique imaginée par le Professeur Cerletti, et la théorie qui lui paraît le mieux rendre compte des effets obtenus avec les diverses méthode comatogènes employées en psychiatrie.

Le premier chapitre est un exposé complet des travaux de Cerletti et de ses collaborateurs. Il contient une description très précise des divers aspects de l'épilepsie provoquée par l'électro-choc ; l'auteur montre l'importance de la « crise idéale » et les inconvénients des « super-crises » et « infra-crises ».

Le second chapitre (La physique de l'électro-choc) est un exposé des différents appareils employés en convulsothérapie électrique. Les uns sont purement empiriques, les autres visent à une certaine précision. Parmi ces derniers se range le dispositif imaginé par l'auteur, lequel permet la détermination semi-automatique du temps utile de passage du courant.

Les chapitres III, VI et V sont consacrés aux cures par l'électro-choc (indications et contre-indications, accidents, technique, résultats). L'auteur apporte 76 observations personnelles, la plupart d'ordre psychiatrique ; d'autres sont relatives à des troubles fonctionnels qui intéressent le neurologiste (pithiatisme, tics, etc.).

Le chapitre V est une étude du mécanisme de la crise épileptique d'après les documents les plus récents ; il constitue une introduction à l'exposé de la théorie de la dissolution-reconstruction.

La théorie de la dissolution-reconstrucion forme la dernière partie de l'ouvrage. Elle est d'abord envisagée à propos du sommeil, puis à propos des dissolutions artificielles réalisées par le coma insulinique, le coma cardiazolique et l'électro-choc. Envisageant les thérapeutiques comatogènes dans leur ensemble, l'auteur développe le mécanisme qui paraît présider aux reconstructions du psychisme. Il montre comment la théorie de la dissolution-reconstruction fait prévoir la possibilité de certains succès et l'impossibilité d'autres, en pleine conformité avec ce que montre la réalité. Le rôle de la dissolution-reconstruction hypnique dans la genèse de certains états mentaux est ensuite étudié. Un dernier chapitre expose l'avenir possible des méthodes de dissolution-reconstruction en tant que procédé d'investigation neurologique dans le cas des troubles situés à la limite de l'organisme et du fonctionnel. La dissolution-reconstruction réalisée par l'électro-choc et les méthodes convulsivantes a pu être employée dans le traitement de l'épilepsie commune.

Une bibliographie, aussi complète que le permettent les échanges scientifiques actuels, fournit les principales références relatives à l'électro-choc et aux faits qui servent de base à la théorie de la dissolution-reconstruction.

Cet ouvrage, à la fois pratique et théorique, s'adresse à ceux qui désirent s'initier à l'électrochocthérapie et à ceux qu'intéressent les conceptions dynamiques de la psychiatrie contemporaine.

Fondation française pour l'étude des problèmes humains. Régent. Dr Alexis Carrel.

Guide pour l'établissement de rations alimentaires équilibrées, présenté par l'équipe « Nutrition ». Un vol. broché de 70 pages. Librairie des Sciences et des Arts, 106 bis, rue de Rennes, Paris (6e). Prix : 24 francs.

Plus que jamais les lois de l'alimentation rationnelle sont importantes à bien connaître. « Quand il était dans l'abondance, l'homme se nourrissait d'une façon désordonnée, absorbant trop d'aliments de certaine catégorie au détriment des autres. Les temps difficiles que nous traversons ont posé brutalement pour lui le problème du minimum.

Le minimum vital doit être l'objet d'une sollicitude quotidienne. Trop souvent ceux qui ont la responsabilité de nourrir une collectivité ou une famille donnent « ce qu'ils trouvent ». Les menus sont variés au hasard en tenant compte parfois de la valeur des aliments en calories. On pense aussi aux besoins de l'organisme en vitamines, mais rarement à ses besoins en protides, glucides, lipides et éléments minéraux. Exceptionnellement enfin on se préoccupe d'équilibrer ces rations. C'est le but que se propose le guide.

Une « première partie » est consacrée aux généralités physiologiques et biochimiques sur la nutrition, les aliments de l'homme et les besoins nutritifs dans les différents cas physiologiques.

L'ouvrage, dans une « deuxième partie » traite de la méthode d'établissement de rations alimentaires complètes et équilibrées, adaptées aux principaux cas physiologiques. Des applications pratiques sont exposées avec beaucoup de clarté.

Des conseils judicieux pour la préparation des aliments et des tableaux de calcul des rations terminent le volume. Les tableaux sont classés au moyen d'un index d'une grande ingéniosité qui sera très appréciée du lecteur.

Une bibliographie sommaire rappelle les titres des principaux ouvrages français et étrangers publiés sur l'alimentation pendant les dix dernières années.

Précis de Médecine infantile, par Ed. Weill et G. Mouriquand, cinquième édition entièrement refondue par Georges Mouriquand, Professeur de clinique médicale infantile à l'Université de Lyon, Médecin des Hôpitaux. Collection Testut. Un volume in-8° de 948 pages avec 209 figures dans le texte. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e). Broché : 295 francs ; cartonné : 325 francs.

M. le Professeur Mouriquand nous apporte la cinquième édition d'un précis de médecine infantile depuis longtemps classique. Il nous arrive sous un nouvel aspect, dépouillé de vaines discussions pathogéniques (sauf de celles qui commandent expressément la thérapeutique). L'auteur a mis ses soins à préciser la séméiologie, le diagnostic, le traitement. Il est entré dans les détails utiles à la pratiques, sous une forme brève, condensée, dirigeant avec précision l'action, parfois l'urgence. Aux anciens chapitres rénovés, sont adjoints nombre de nouveaux. Citons en premier lieu celui (essentiel pour éviter les erreurs de prescription) sur les doses de médicaments, ceux, nouveaux venus, sur les quatrième, cinquième et sixième maladie, la fièvre boutonneuse, l'hémogénie, la mélitococcie, le tétanos, la fièvre ganglionnaire, le rhumatisme chronique déformant, les intoxications, etc.

Le livre III, qui traite des dystrophies infantiles, est particulièrement original en raison des recherches de l'auteur sur les dystrophies de croissance, les dystrophies osseuses, les syndromes météoropathologiques, l'endocrinologie, les maladies par carence, le diabète, l'obésité, le lymphatisme, l'arthritisme, etc... Signalons également les mises au point sur l'agranulocytose, le kala-azar. Tout le chapitre des maladies du tube digestif a été rénové, de nouvelles maladies y sont étudiées, telles la maladie coeliaque, le mégacôlon et le dolichocôlon, l'aérophagie. Aux maladies du rein, nous trouvons des études nouvelles sur la néphrose lipoïdique, la pyélite colibacillaire. Parmi les maladies respiratoires, la dilatation des bronches est étudiée avec des documents personnels. Toutes les affections du système nerveux ont été remises à jour, comme celles des maladies cutanées et des maladies du nouveau-né.

Ce livre, entièrement refondu, connaîtra, sans nul doute, le grand et durable succès qui a accueilli les précédentes éditions.

Pratique gastro-entérologique, par J. Baumel, professeur à la Faculté de Médecine de Montpellier. Un volume grand in-8° de 540 pages avec 54 figures dans le texte et 221 radios en 80 planches hors-texte, 390 fr. Librairie Octave Doin, Gaston Doin et Cie éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

La lecture de ce livre montre de façon évidente la place qui devrait revenir dans l'enseignement officiel des Facultés de Médecine, à la gastro-entérologie. Pareil enseignement est totalement inexistant en France. Seules, en effet, fonctionnent chez nous quelques consultations officieuses, trop rares malheureusement, organisées uniquement grâce à quelques initiatives personnelles.

La pensée de l'auteur a été de faire œuvre utile. Il a voulu montrer comment il faut actuellement concevoir la gastro-entérologie et dans quelles conditions il convient d'utiliser les nombreuses recherches de contrôle qui sont le complément indispensable de l'examen clinique. La pratique gastro-entérologique n'est pas un simple précis de pathologie interne. C'est un livre de synthèse. L'étudiant, le médecin que les maladies digestives intéressent, y apprendront comment doivent, à la suite des faits cliniques, être utilisées et interprétées les données modernes fournies par les examens radiologiques, les recherches endoscopiques (rectoscopie et gastroscopie), l'étude coprologique, sans oublier les renseignements de premier ordre par les tubages gastrique et duodénal.

Cet ouvrage illustré de nombreuses radiographies, de multiples planches de gastroscopie et de rectoscopie, de toute une série de schémas ou gravures tous inédits et personnels met en lumière les conditions techniques indispensables à la réalisation de ces recherches et les résultats qu'on est en droit d'attendre de leur application méthodique.

La partie thérapeutique y est amplement développée. Elle fait état des acquisitions les plus récentes, aussi bien au point de vue médicamenteux qu'au point de vue diététique. L'utilisation des moyens physiothérapiques, les indications des cures hydrominérales, celle des traitements chirurgicaux y ont une large place. Le tout a été réalisé soit par l'auteur lui-même, soit par des collaborateurs choisis.

Ce livre est d'une lecture facile. Il est rédigé avec une simplicité voulue et synthétise l'expérience d'une longue pratique gastro-entérologique. Il montre que la gastro-entérologie est bien une spécialité médicale qui prend chaque jour plus d'importance. Il apprendra à ceux qui le consulteront les éléments essentiels et indispensables à la pratique d'une branche de la médecine qui nécessite une culture médicale particulièrement poussée et étendue.

Précis de pratique médicale : Technique, Diagnostic, Pronostic, Traitement. Cinquième édition entièrement remaniée par Paul Savy, Professeur à la Faculté de Médecine de Lyon, Médecin des Hôpitaux. Collection Testut. Un volume in-8° de 1.426 pages avec 79 figures dans le texte et 14 planches en couleurs hors-texte. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e). Broché : 270 francs ; cartonné : 300 francs.

Voici la cinquième édition d'un ouvrage qui, depuis plus de vingt ans, a instruit de nombreuses générations d'étudiants et de jeunes médecins.

Il s'agit essentiellement d'un livre de clinique destiné à guider l'élève au lit du malade, à lui enseigner la valeur respective des symptômes, à lui éviter l'erreur qui consiste à ne pas différencier suffisamment les signes principaux des signes secondaires, ou à placer sur un même plan, dans la discussion d'un diagnostic, les affections fréquentes et les maladies exceptionnelles.

Ainsi l'auteur a-t-il eu pour constante préoccupation d'indiquer la voie la plus simple qui, partant des symptômes capitaux et de leur évolution, doit conduire à un diagnostic logique, à un pronostic rationnel, à une thérapeutique appropriée dont seuls d'ailleurs ont été retenus les éléments essentiels.

Chaque chapitre consacré aux affections des divers appareils — digestif, circulatoire, urinaire, respiratoire, nerveux — est précédé d'un bref exposé des procédés d'investigation que représentent l'inspection, la palpation, la percussion, l'auscultation, la radiographie, la sphygmomanométrie, etc.

Enfin l'ouvrage se termine par une importante annexe où prennent place : le code de déontologie, la technique des recherches élémentaires de laboratoire, les régimes, les principaux médicaments avec leurs indications et leur posologie.

Etablissements classés. — Loi du 19 décembre 1917, modifiée par les lois des 20 avril 1932 et 20 novembre 1942, relatives aux établissements dangereux, insalubres ou incommodes. Edition mise à jour au 1er avril 1943 par Emile Malespine. Cahier n° 2 de la collection « Les Textes Sanitaires ». Vigot Frères, éditeurs, Paris. Prix : 15 francs.

La collection « Les Textes Sanitaires », sous la direction d'Emile Malespine, a pour but de mettre à la disposition de tous ceux qui s'occupent de santé sociale les lois et décrets d'usage courant, sous une forme et un format pratiques.

Le cahier qui paraît aujourd'hui concerne les établissements classés. Il arrive à son heure. La naissance de la grande industrie a posé des problèmes de salubrité et de voisinage qui se lient désormais à l'urbanisme et aux problèmes du travail. Le texte complet des lois et décrets concernant les établissements dangereux, insalubres ou incommodes, est accompagné de notes et documents qui permettent une documentation précise et rapide. Ce cahier facilitera la tâche de tous ceux : médecins, urbanistes ou hygiénistes qui ont désormais à jouer un rôle social dans l'industrialisme nouveau.

Imp. Tancrède, Paris - 31.1080 — Autorisation n° 83. Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.


RHINAMIDE
CHIMIOTHÉRAPIE
sulfamidée locale des infections bactériennes, aiguës et chroniques du
RHINO-PHARYNX
CORYZAS — RHINITES
ADÉNOIDITES — GRIPPE
RÉACTIONS SINUSIENNES
PROPHYLAXIE ET TRAITEMENT DES INFECTIONS ÉPIDÉMIQUES
en
instillations et pulvérisations fréquentes
Laboratoires A. BAILLY (SPEBA)
15, r. de Rome et r. du Rocher, 15 - PARIS-8e
P E S B A
A-BAILLY


Une thérapeutique gastro-intestinale
NOUVELLE
ULCÈRES GASTRO DUODÉNAUX - DYSPEPSIES - DIARRHÉES
COLITES AIGUES ET CHRONIQUES
2 à 5 cuillerées à café par jour
AUCUNE TOXICITÉ
ÉCHANTILLON sur demande
Anhydride titanique pur (Ti O²)
TITANE COIRRE
S.M.P.
COIRRE, Pharmiens, 5, Bd Montparnasse, PARIS - SÉGUR 02-79.


DÉSÉQUILIBRE NEURO-VÉGÉTATIF
SÉRENOL
RÉGULATEUR DES TROUBLES D'HYPERTONICITÉ NERVEUSE
ÉTATS ANXIEUX - ÉMOTIVITÉ - INSOMNIES
DYSPEPSIES NERVEUSES
SYNDROME SOLAIRE - PALPITATIONS
3 FORMES
LIQUIDE - COMPRIMÉS SUPPOSITOIRES
FORMULE
Peptones polyvalentes 0.03
Hexaméthylène-tétramine . 0.05
Phényl-éthyl-malonylurée.. 0.01
Teinture de Belladone 0.02
Teinture de Cratægus 0.10
Extrait fluide d'Anémone.. 0.05
Extrait fluide de Passiflore. 0.10
Extrait fluide de Boldo ... 0.05
pour une cuillerée à café
DOSES moyennes par 24 heures : 1 à 3 cuillerées à café ou 2 à 5 comprimés, ou 1 à 3 suppositoires
LABORATOIRES LOBICA - 25, Rue Jasmin - PARIS (16e)

N° 19. — 1er OCTOBRE 1943 — 116e ANNEE — Ce numéro : 2 francs.

25

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT. — Un an : France et Colonies, 75 fr. Etudiants, 40 fr. ; Etranger : 1re zone, 110 fr., 2e zone, 125 fr. *Chèques postaux : Paris 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

POUR NOS ABONNÉS DE LA ZONE NON OCCUPÉE, adresser renouvellements et toutes communications aux Messageries Hachette, 12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône) *Chèques postaux : Lyon 218* (Service *Gazette des Hôpitaux*)

SOMMAIRE

Bi-hebdomadaire paraissant provisoirement deux fois par mois

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris

Concours de l'Internat en Médecine (4 octobre 1943). — Liste de MM. les Membres du Jury par ordre du tirage au sort. MM. les Drs : Poumailloux, Cachera, Aubry, Grasset, Blondin, Jean Gosset, Prof. Lœper, Herscher, Tixier, Roux-Berger, Houdard, Jean Berger.

Faculté de Médecine de Paris

Examens (Année scolaire 1943-1944). — AVIS TRÈS IMPORTANT. — Les délais mentionnés ci-dessous étant de rigueur, aucune consignation en vue d'un examen de fin d'année ne peut, en principe, être acceptée après ces périodes. Une dérogation à cette règle ne peut être accordée que pour des motifs graves et par délibération spéciale de la Commission scolaire. En tous cas, aucune dérogation, pour quelque motif que ce soit, ne peut être accordée dans les cinq jours qui précèdent l'affichage de la première épreuve de chaque année (jour de l'affichage non compris).

Examens de médecine. — 1° NOUVEAU RÉGIME D'ÉTUDES. — Session d'octobre 1943. — MM. les candidats ajournés à la session de juillet 1943, ou autorisés à ne se présenter qu'à la session d'octobre 1943, sont informés que les épreuves des 1er (uniquement pour les étudiants dispensés de l'examen concours d'entrée en 2e année) 2e, 3e, 4e et 5e examens de fin d'année, auront lieu à partir du 11 octobre 1943 (consulter les affiches manuscrites). Les consignations préalables seront reçues au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les lundis 27 et mardi 28 septembre 1943, de 12 heures à 15 heures.

Session ordinaire 1943-1944. — MM. les Etudiants doivent consigner pour l'examen de fin d'année, du 3 au 15 janvier 1944. Les candidats soit boursiers ou exonérés, soit en instance de bourse ou d'exonération, doivent obligatoirement se présenter au Secrétariat en même temps que leurs camarades afin de se faire mettre en série pour l'examen de fin d'année. Toute consignation ou inscription en vue d'un examen peut être fait soit par correspondance, soit par une tierce personne.

Examens de clinique. — Les candidats pourront s'inscrire tous les lundis et mardis à chacun des trois examens de clinique, dans l'ordre choisi par eux, du 4 octobre 1943 au 23 mai 1944.

2° THÈSE. — Les consignations pour la thèse seront reçues au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), de 12 heures à 15 heures, les lundi et mardi de chaque semaine, à partir du 4 octobre 1943. La date-limite de consignation, en vue de la soutenance de la thèse au titre de l'année scolaire 1943-1944, est fixée au 13 juin 1944. Le dépôt des manuscrits au Secrétariat sera suspendu le 3 juin. Il reprendra le 26 juin pour l'année 1944-1945.

N. B. — Les candidats doivent obligatoirement présenter leur carte d'immatriculation munie d'une photographie au guichet n° 3, chaque fois qu'ils consignent pour un examen.

Examens de chirurgie dentaire. — SESSION D'OCTOBRE 1943. — La mise en série des étudiants candidats aux différents examens de chirurgie dentaire sera affichée le vendredi 22 octobre 1943. L'ouverture de la session est fixée au lundi 25 octobre 1943. Les consignations seront reçues au Secrétariat de la Faculté, guichet n° 3, le lundi 11 et le mardi 12 octobre 1943, de 12 heures à 15 heures.

SESSION DE JUIN-JUILLET 1944. — 1° Examen de validation de stage dentaire. — La session s'ouvrira le lundi 22 mai 1944. Les candidats produiront les certificats attestant qu'ils justifient de deux années régulières de stage. Ces certificats doivent être établis sur papier timbré. Les consignations seront reçues au Secrétariat de la Faculté, les lundi 6 et mardi 7 mars 1944, de 12 à 15 heures. La mise en série des candidats à l'examen de validation de stage sera affichée le vendredi 19 mai 1944.

2° Premier, deuxième et troisième examens. — La session s'ouvrira le jeudi 15 juin 1943. Les consignations seront reçues au Secrétariat de la Faculté, de midi à 15 heures, aux dates suivantes : lundi 13 mars 1944 (étudiants à 4 inscriptions), mardi 14 mars 1944 (étudiants à 8 inscriptions), mercredi 15 mars 1944 (étudiants à 12 inscriptions). Les étudiants à 12 inscriptions consigneront simultanément pour les deux parties du 3e examen. La mise en série des candidats sera affichée le vendredi 9 juin 1944.

Travaux pratiques de physique. — Une série de travaux pratiques supplémentaires de physique aura lieu du 4 au 12 octobre 1943, à 17 h.

Droit d'inscription : 150 francs.

Ces travaux pratiques sont réservés à tous les étudiants, mais plus spécialement à ceux dont les travaux n'ont pas été validés.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet 4) les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Travaux pratiques supplémentaires de pharmacologie. — Une série supplémentaire de travaux pratiques de pharmacologie aura lieu, à dater du lundi 4 octobre 1943, à 14 heures.

A cette série pourront s'inscrire :

1° Les étudiants dont les travaux pratiques n'ont pas été validés ;

2° Les étudiants dont les travaux pratiques ont été validés et qui désirent faire une révision de ces travaux pratiques.

Le droit d'inscription est fixé à 200 fr.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté : les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures, au guichet n° 4.

Facultés de Médecine de Province

Bordeaux. — Par arrêté ministériel en date du 1er septembre 1943, ont été prorogés dans leurs fonctions pour l'année scolaire 1943-1944 les agrégés de la Faculté de Médecine de Bordeaux dont les noms suivent : MM. Piéchaud, de Grailly et Fontan (médecine générale) ; Loubat et Dufour (chirurgie générale) ; Despons (oto-rhino-laryngologie).

Lyon. — Liste des étudiants autorisés pour l'année scolaire 1943-1944 à prendre devant la Faculté de Médecine de Lyon la 5e inscription en vue du diplôme de docteur en médecine à la suite de l'examen-concours de juin 1943 :

Mlle Marianne Rademaker, MM. André Badon, Louis Rouves, Henri Terrier, Mlle Henriette Chave, MM. Michel Perol, René Polge, Roland Blotnik, Gilbert Noël, Jean Rechatin, Roger Chapoux, Ernest Girardi, André Lacroix, Henri Gouttard, Pierre Allemand, Joseph Bohe, Mlle Anne-Marie Gallois, MM. Jean Fraudet, Jean Bozonnet, Henri Vignon, Louis Tremoulet, Pierre Convert, Mlle Geneviève Dore, MM. Henri Lemarchands, Edward Gathion, Marcel Clot, Mlle Andrée Gay, MM. Robert Cote, Louis Mallet, Mlle Jeanne Soulié, MM. Robert Carron, Gilbert Echallon, Pierre Faure, Jacques Berben, Yves Berge, Mlle Paule Pernot, MM. Ubaldo Forte, Georges Lesné, Marcel Roche, Roger Perrier, Mlle Michèle Labry, MM. Michel Dupuis, Albert Mure, Georges Gauthier, Mlle Thérèse Aubertin, MM. André Jouvenceaux, Roger Truche, Mlle Andrée Roux, M. Jean Savel, Mlle Marguerite Sol, MM. Pierre Forissier, Pierre Long, Mlles Hélène Ravoux, Gabrielle Coleau, MM. Louis Jannel, René Letard, Paul Philippe, Charles Argaud, Jacques Brunschwig, Léon Ringot, Daniel Beytout, Jacques Rozet, Maurice Bethenod, Maurice Boucher, Jean Lemonde, Raymond Troncy, Jacques Buovolo, Maurice

Huet, René Meilland, Bernard Gateau, Jacques Meltz, Pierre Coutty, Francis Klein, Pierre Résillot, Jean Vayre, Jacques Bert, Mlle Odile Pillon, MM. Edmond Rosset, Jean Pibarot, François Guillin, Jean Ternamian, Eugène Giraud, Raoul de Freminville, Pierre Colat, Pierre Chaffiel, Mlle Christiane Thomas, René Schmitt, Mlle Madeleine Pacaud, MM. Claude Colin, Jean Saint-Paul, Annet Fustier, Jean Rrastel, Mlles Macelle Roth, Louise Epinat, MM. Marc Autechaud, Maurice Coron, Raoul Tartanson, Jean de Serraval, Gilbert Bouchet, Jean Birot, Mlle Arlette Fribourg, MM. Pierre Verneiges, Alfred Chevassu, Michel Quarello, Henri Favre, Jacques Cottier, Gérard Lehmann, Mlle Alice Maitre, MM. Gustave Gervais, Paul Froget, Pierre Moreau, Mlle Jacqueline Peyron, MM. François Potton, Georges Collier, Raymond Pugniet, Gabriel Baud, Jean Drouet, Jean Bergeret, Mlles Madeleine Boyer, Marie-Rose Martin, MM. André Rousson, Jacques Monteux, Henri Emerique, Barthélemy Olivari, André Houver, Pierre Rodet, Emile Bages, Jean Duperray, Bernard Gillet, Maurice Goyon, Mlle Geneviève Durand, MM. Alfred Kœhnen, Claude Laurier, Jean Renaud, Mlle Christiane d'Ornano, MM. André Tarel, Henri Allemand, Jacques Pradon-Valancy, Roméo Dalle, Pierre Arpin-Gonnet, Mme Gratia Bernet, MM. Guy Lesage, Louis Girard, Jean Petraz, Robert Bredin, Henri Dessert, Maurice Gou, Mlles Rose-Marie Guidicelli, Salomée Debehogne, MM. Jean Blanchard, Claude Mathé, Jacques Sery.

Montpellier. — Par arrêté ministériel du 1er septembre 1943, M. Granger est nommé agrégé et est détaché dans les fonctions de chargé de cours de chimie organique et chimie biologique à la Faculté de l'Université de Montpellier, à dater du 1er octobre 1943.

Toulouse. — Par arrêté en date du 1er septembre 1943, la chaire de pathologie générale et anatomie pathologique prend le nom de chaire de pathologie générale et médecine expérimentale.

La chaire de bactériologie prend le nom de chaire de bactériologie, hygiène et médecine sociale.

— Par arrêté en date du 1er septembre 1943, la chaire d'hygiène et de médecine préventive (dernier titulaire : M. Lafforgue, retraité) est transformée en chaire d'anatomie pathologique.

Ecoles de Médecine

Angers. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant de clinique et pathologie médicales à l'Ecole de Médecine et de Pharmacie d'Angers s'ouvrira, le lundi 31 janvier 1944, devant la Faculté de Médecine de l'Université de Paris.

Le registre d'inscriptions pour ce concours sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

Caen. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant de clinique médicale et de pathologie interne à l'Ecole préparatoire de Médecine et de Pharmacie de Caen s'ouvrira, le lundi 31 janvier 1944, devant la Faculté de Médecine de l'Université de Paris.

Le registre des inscriptions pour ce concours sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

Ecoles nationales vétérinaires. — Deux concours pour la désignation d'agrégés des écoles vues par le décret du 28 juillet 1925, seront ouverts à l'Ecole nationale vétérinaire de Toulouse :

Le 6 novembre 1944 pour le neuvième enseignement (pathologie du bétail) ;

Le 13 novembre 1944 pour le huitième enseignement (chirurgie).

Renseignements

On demande pour remplacement pendant toute la durée de la guerre médecin ayant permis de conduire, connaissant radio si possible. Très urgent.

Mme Belcour, rue des Troubadours, Ussel (Corrèze).

Légion d'honneur. — Défense nationale. — Chevalier à titre posthume : M. Berthet, pharmacien, lieutenant de réserve au 77e R. I. (A été cité.)

M. Bories, médecin sous-lieutenant au 18e R. A. (A été cité.)

M. Loiseau, médecin lieutenant au Groupe sanitaire divisionnaire d'infanterie, n° 56. (A été cité.) (*J. O.*, 5 sept. 1943.)

Société française de gynécologie. — La séance de rentrée aura lieu le lundi 4 octobre, à 16 heures, à la Faculté de Médecine, salle de Thèses, n° 2.

Association générale des Médecins de France. — Assemblée générale annuelle. — Cette Assemblée, après une interruption de quatre ans, aura lieu sous la présidence de M. le Professeur Baudouin le dimanche 10 octobre 1943, à 14 h. 30, dans la grande salle des séances, 60, boulevard de Latour-Maubourg. Seuls peuvent y assister les membres du Conseil général de l'Association, les présidents et délégués des Sociétés départementales et les membres de la presse médicale.

Santé publique

Composition des jurys des concours du personnel médical et pharmaceutique des hôpitaux et hospices publics.

Le secrétaire d'Etat à la santé et à la famille,

Vu la loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics ;

Vu le règlement d'administration publique du 17 avril 1943 et notamment les articles 114 à 182 et 219 ;

Sur la proposition du secrétaire général de la santé,

Arrête :

Art. 1er. — Le jury des concours pour le recrutement des médecins, chirurgiens, spécialistes et assistants, des assistants d'anesthésie des hôpitaux et hospices publics de chaque région est composé ainsi qu'il suit :

a) Médecins, chirurgiens, spécialistes et assistants :

1° Pour les concours de médecine : quatre médecins et un chirurgien ;

2° Pour le concours de chirurgie : quatre chirurgiens et un médecin ;

3° Pour les concours d'oto-rhino-laryngologie : trois oto-rhino-laryngologistes, un médecin et un chirurgien ;

4° Pour les concours d'ophtalmologie : trois ophtalmologistes, un médecin et un chirurgien ;

5° Pour les concours d'obstétrique : trois gynécologues accoucheurs, un médecin et un chirurgien ;

6° Pour les concours d'électro-radiologie : trois électro-radiologistes, un médecin et un chirurgien ;

7° Pour les concours de stomatologie : trois stomatologistes, un médecin et un chirurgien ;

b) Assistants d'anesthésie : deux chirurgiens, un oto-rhino-laryngologiste, un gynécologue, un médecin, deux assistants d'anesthésie, un pharmacien.

Art. 2. — Pour les spécialités non mentionnées à l'article 1er, la composition du jury sera fixée par le secrétaire d'Etat à la santé et à la famille sur la proposition du directeur régional de la santé et de l'assistance.

Art. 3. — Les membres du jury sont choisis par tirage au sort parmi les médecins, chirurgiens, spécialistes ou assistants d'anesthésie en fonction dans le groupement hospitalier de la ville siège de la Faculté de Médecine ou de l'Ecole de plein exercice situé dans la région dans laquelle ont lieu les concours ou, à défaut, dans la région la plus voisine.

Au cas toutefois où, pour l'un des concours prévus, le nombre de praticiens en exercice dans ledit groupement serait inférieur au triple des membres à désigner, il pourra être fait appel par le directeur régional de la santé et de l'assistance aux médecins chirurgiens spécialistes ou assistants d'anesthésie d'un hôpital d'une autre ville de Faculté ou d'Ecole de plein exercice.

(*V. suite page* 300)

Charles DARRAS

(1866-1943)

C'est avec une bien vive peine que nous avons appris la mort de notre cher confrère et vieil ami Charles Darras, décédé le 12 septembre 1943 à Paris. Nous l'avions vu encore à l'Académie de Médecine, pendant le mois de juillet, remplissant avec son activité ordinaire ses fonctions de rédacteur du *Bulletin de l'Académie*. Rien, alors, ne pouvait laisser prévoir une disparition aussi soudaine.

Le Dr Charles Darras était un des plus éminents journalistes médicaux de sa génération. Il y a cinquante ans environ, il avait fait ses débuts à la *Gazette des Hôpitaux*, sous la direction de mon père et d'Albert Mathieu. Son souci de l'exactitude, son tact et sa haute conscience le faisaient déjà remarquer.

Puis il devint le rédacteur médical du *Journal des Débats*, où il ne tarda pas à occuper une place aussi importante que celle de son ami Henri Bouquet, au *Temps*. Dans la suite il devait, avec Martiny, assurer la direction de la *Vie Médicale*, puis enfin succéder à Georges Vitoux comme rédacteur du *Bulletin de l'Académie de Médecine*.

Dans toutes ces fonctions, Darras se montrait un informateur scientifique avisé et précis. On pouvait être assuré qu'une référence de Darras était exacte. Il remontait aux sources sans ménager sa peine. C'est à Darras que la *Gazette des Hôpitaux* devait l'impeccable documentation sur les thèses de province qu'il arriva à réunir même dans les circonstances difficiles que nous traversons.

Darras était un collaborateur incomparable, il était aussi un ami sûr et rare que nous pleurons sincèrement.

D'autres ressentiront profondément sa perte. Ce sont ceux auxquels il apportait l'appui de sa bonté et de son dévouement. Darras consacrait, en effet, la plus grande partie de son temps aux œuvres confraternelles. Que de fois ne l'avons-nous pas vu avec Siredey, avec Babonneix, pour ne citer que ces chers amis disparus, se pencher vers les misères de la profession.

Aussi faisait-il partie de toutes nos grandes Associations : l'*Association générale des Médecins de France* dont il était vice-président, la *Société Centrale de l'A. G.* dont il était président d'honneur, la *Société de femmes et enfants de Médecins* (*F. E. M.*) dont il était secrétaire général, la *Maison du Médecin*, dont il était administrateur. Il était encore vice-président de l'*Association de la Presse de l'Institut et des Sociétés savantes*. Médecin lieutenant-colonel honoraire, il était Chevalier de la Légion d'honneur et Croix de guerre 1914-18.

Les obsèques de Darras ont eu lieu le 16 septembre en l'église Saint-Philippe-du-Roule, dans une stricte intimité comme il l'avait désiré. Autour de son cercueil on ne voyait que des amis affligés et profondément recueillis. Tous avaient éprouvé le charme et la sûreté de son amitié, tous gardaient un souvenir plein d'admiration et de gratitude pour ce confrère dont la vie entière a été un grand exemple de travail et de bienfaisance.

F. L. S.

SYNDROMES NÉVRAXITIQUES POLYMORPHES A VIRUS NEUROTROPES

Par MM. G. Giraud, J.-M. Bert et P. Mas (de Montpellier)

Nous avons observé depuis quelques années un nombre assez considérable de syndromes neurologiques d'allure névraxitique. Leur éclosion a précédé de plusieurs années la guerre actuelle. Leur allure est souvent très disparate. Leurs caractères évolutifs et symptomatiques essentiels sont leur variabilité, leur mobilité, la fugacité de leurs déterminations cliniques. La localisation de l'infection sur le névraxe est en outre très variable, ce qui explique un polymorphisme dont nous allons donner quelques exemples.

Bien entendu, hormis quelques exceptions comportant des réserves relatives, toutes les recherches étiologiques biologiques sont demeurées vaines chez nos malades.

Voici quelques exemples assez typiques :

I. — Syndromes médullaires.

Ils nous ont paru fréquents et d'assez courte durée, mais laissent parfois des séquelles tenaces.

Observation I. — Paralysie fébrile passagère avec hypoglycorachie.

M. P..., maçon, est âgé de 44 ans. Il a eu il y a quelques années une sciatique droite et il en conserve quelques crampes, et quelques douleurs vives dans le mollet pendant la marche. Depuis les restrictions alimentaires, il a maigri de 13 kilogrammes.

En octobre 1942 s'installe une fièvre qui atteint 38° à 39° le soir et descend le matin à 37°5. En même temps s'établit une impotence des deux membres inférieurs accompagnée de douleurs vives et de sensations paresthésiques. Les sueurs nocturnes sont fréquentes. La marche devient impossible. La température persiste pendant près de deux mois, puis s'éteint progressivement. Nous avons trouvé les réflexes vifs mais sans aucun signe d'irritation pyramidale. Les pupilles sont inégales et leur contraction un peu lente. Les réactions sérologiques de la syphilis sont négatives ; la réaction de Wassermann est également négative dans le liquide céphalo-rachidien. Le séro-diagnostic de Wright et l'hémoculture ont été négatifs. Le liquide céphalo-rachidien contient 0,50 d'albumine, 7,40 de chlorures, 0,32 de glucose. Sa cytologie est normale. Guérison.

Observation II. — Paraplégie passagère avec séquelles sphinctériennes.

E. A..., cultivateur, âgé de 20 ans, a présenté en mai 1940 une paraplégie assez soudaine précédée de quelques troubles sphinctériens (rétention d'urine, constipation), la température demeurant normale. La paraplégie, d'abord flasque, s'est accompagnée ensuite de signes pyramidaux (contracture, Babinski, Rossolimo, Mendel). Certains d'entre eux persistent encore, mais les troubles moteurs ont régressé ; le malade a repris actuellement une marche normale, mais reste gêné dans la course. Les troubles sphinctériens ont persisté : incontinence des urines et parésie du sphincter anal.

Le liquide céphalo-rachidien a une pression normale ; il contient 0,40 d'albumine, 7,02 de chlorures, 0,69 de glucose. Son index cytologique au millimètre cube est de 0,4.

Observation III. — Paraplégie soudaine curable chez un porteur de séquelles poliomyélitiques (Cf. G. Giraud et J.-M. Bert. *Soc. sc. méd. de Montpellier*, séance du 3 juillet 1942).

P. J..., âgé de 47 ans, est porteur de séquelles trophiques graves de poliomyélite antérieure aiguë. Le membre inférieur droit est atrophié et l'usage d'une canne est nécessaire. En juin 1942, un matin, au réveil, le sujet s'aperçoit que ses jambes ne peuvent plus le porter. Cet état s'est prolongé les jours suivants et s'est accompagné quelques jours plus tard de paresthésies dans les membres supérieurs, d'une certaine gêne dans le regard latéral gauche et d'une diplopie passagère. La température est restée normale. Cliniquement, il n'y a pas de paralysie vraie, mais la force est diminuée. Les réflexes tendineux sont conservés à gauche. Indépendamment de l'atrophie ancienne, nous notons l'abolition des réflexes crémastériens et cutanés et une extension spontanée et provoquée du gros orteil gauche. Les réflexes ostéo-périostés des membres supérieurs sont très vifs. Il n'existe pas de troubles objectifs de la sensibilité.

Le liquide céphalo-rachidien a une pression normale. La manœuvre de Queckenstedt donne un résultat normal. L'examen du liquide céphalo-rachidien révèle une hyperalbuminose de 1 gr. 50, un taux de chlorures de 7,20 et 0 gr. 60 de glucose. Il existe une réaction lymphocytaire de 12 éléments par millimètre cube. Les réactions spécifiques sont négatives dans le liquide céphalo-rachidien comme dans le sang.

Le fond d'œil est normal. L'examen électrique n'a montré que des altérations unilatérales résultant des séquelles poliomyélitiques. L'impotence complète n'a duré que peu de jours ; actuellement la marche est de nouveau possible mais un peu plus gênée qu'autrefois.

Observation IV. — Paraplégie progressive avec parésie des membres supérieurs.

M. B..., âgé de 62 ans, au début de septembre 1938, s'est plaint d'éprouver des crampes musculaires, une maladresse des membres inférieurs bientôt suivie de dérobement des jambes et d'impotence. Ces troubles persistent depuis ce temps-là. Il ne s'agit pas de paralysie vraie, en décubitus tous les mouvements sont possibles, mais les mouvements sont faibles et la station debout est impossible. Le trouble prédomine nettement aux membres inférieurs. Les réflexes rotuliens sont à peu près nuls (simple ébauche à droite) ; les réflexes achilléens sont vifs ; le signe de Babinski est positif des deux côtés. Il n'y a pas de troubles de la sensibilité. On enregistre une légère hypoexcitabilité des muscles et des nerfs au galvanique et au faradique, une hyperexcitabilité labyrinthique bilatérale, une hypotension artérielle (9-5). L'examen du fond d'œil montre des lésions de capillarose discrète maculaire.

Le liquide céphalo-rachidien est normal : albumine 0,25, chlorures 7 gr. 40, glucose 0,50. Les réactions sérologiques de la syphilis sont négatives.

Observation V. — Névraxite a forme de sclérose latérale amyotrophique.

G. V..., âgé de 33 ans, en bonne santé, mobilisé en septembre 1939, présente en février 1940 un épisode fébrile accompagné de céphalées qui dure une dizaine de jours. Au début de janvier 1941 il éprouve une diminution de force et d'adresse dans les membres supérieurs. Quelques mois plus tard surviennent une fatigabilité à la marche et des sensations de dérobement des jambes. Progressivement s'installe un syndrome de parésie des deux membres supérieurs (impossibilité d'écrire, de se raser, de manger même) avec atrophie musculaire très importante, contractions fibrillaires et hyperréflectivité diffuse. L'aggravation progressive est manifeste.

Du point de vue rachidien on a noté une hyperalbuminose de 1 gr. 20 avec hypoglycorachie (0,35), 7 gr. 40 de chlorures. La cytologie rachidienne est demeurée normale de même que les diverses réactions dites spécifiques sanguines et rachidiennes. L'examen électrique n'a montré qu'une hypoexcitabilité au courant galvanique et au courant faradique à l'excitabilité directe des nerfs des membres supérieurs.

II. — Syndromes polynévritiques.

Observation VI. — Polynévrite fébrile a marche ascendante.

Chez une femme de 38 ans ont apparu soudainement, en août 1938, de la fièvre (38°), des douleurs radiculaires vives, thoraco-abdominales et crurales et une diminution considérable de la force musculaire. Lors de notre premier examen, nous constatons l'abolition complète des réflexes tendineux aux membres inférieurs, de légers troubles de la sensibilité objective et une amyotrophie des deux quadriceps. Les pupilles sont irrégulières et inégales. L'hémoculture et les séro-diagnostics sont négatifs. Les réations sérologiques spécifiques sont négatives. Le liquide céphalo-rachidien contient 0 gr. 32 d'albumine, 6 gr. 45 de chlorures et 0 gr. 48 de glucose, avec une cytologie normale. L'examen électrique a fait constater l'abolition de l'excitabilité galvanique et faradique de tous les muscles et nerfs du membre inférieur droit ; à gauche, les troubles sont limités au territoire du crural et de son domaine musculaire ; l'excitabilité est seulement très diminuée dans les territoires sciatiques poplités externe et interne. Cette polynévrite fébrile a pris en quelques jours une marche ascendante et a entraîné la mort.

Observation VII. — Polyradiculonévrite avec dissociation albumino-cytologique et hypoglycorachie.

Homme de 38 ans, qui a eu la dengue seize ans auparavant. La maladie débute par de la lourdeur douloureuse des membres inférieurs ; la marche devient difficile, la parésie s'étend rapidement aux membres supérieurs ; cette évolution est apyrétique.

La marche est difficile mais encore possible ; il existe une hypotonie considérable des quatre membres ; le malade ne peut s'asseoir, ni décoller ses membres du plan du lit. Les réflexes rotuliens sont très diminués; les achilléens sont normaux ; les réflexes des membres supérieurs et les réflexes cutanés sont normaux.

Le liquide céphalo-rachidien est xanthochromique ; il contient 1 gr. 30 d'albumine, 7 gr. 30 de chlorures et 0 gr. 25 de glucose. La réaction du benjoin colloïdal s'y exprime : 01100 22000 22200 ; la cytologie en est normale. Les réactions spécifiques sont négatives. L'examen électrique a montré une réaction de dégénérescence partielle aux deux membres inférieurs. Toutes les recherches sanguines ont été négatives.

L'évolution a été assez rapidement favorable ; l'amélioration s'est dessinée deux mois environ après le début des accidents et a progressé ensuite.

III. — Syndromes encéphalitiques.

Ils comprennent des faits très polymorphes, les uns représentant des encéphalites pures, les autres — plus fréquents — des encéphalo-myélites et des méningo-encéphalites.

Observation VIII. — Encéphalo-myélite diffuse avec ptosis, catatonie et troubles psychiques (*Malade observée avec le Dr Louis Conte*).

Mme F... est une femme de 27 ans dans les antécédents de laquelle on relève un rhumatisme articulaire aigu. Elle entre à l'hôpital le 25 avril 1938 dans un comportement assez anormal : attitudes extatiques, tendance au maintien prolongé des attitudes, mutisme (que l'on parvient à faire céder et la malade répond alors à voix très basse). L'interrogatoire est à peu près impossible. On ne peut retenir que les indications suivantes : cette femme serait malade depuis deux ans ; elle aurait « perdu connaissance pendant deux à trois mois » ; elle présenterait des crises pendant lesquelles elle crierait et perdrait toute conscience. Elle

accuse également une rétention permanente des urines qui nécessite des sondages journaliers. L'examen neurologique est à ce moment à peu près négatif. Il met seulement en évidence du ptosis.

La ponction lombaire donne un liquide d'aspect normal, contenant 0 gr. 25 d'albumine par litre, 7 gr. 10 de chlorures et 0 gr. 54 de glucose ; les réactions de Wassermann et Meinicke y sont négatives. La réaction du benjoin colloïdal est normale. La numération à la cellule de Nageotte donne 1,6 éléments par millimètre cube. Les urines contiennent des traces d'albumine ; elles ne contiennent pas de glucose. L'urée du sérum est de 0 gr. 36 par litre. Dans le sang les réactions de Wassermann et de Kahn présomption sont négatives ; la réaction de Hecht-Bauer est douteuse (±) : la micro-réaction de Meinicke est positive (+) ; la macro-réaction de Meinicke est douteuse (±) (Dr Devèze). On institue un traitement spécifique d'épreuve (muthanol) et des injections de vaccin neurotrope.

L'état de la malade s'est rapidement amélioré ; quelques jours plus tard elle urinait normalement. Elle est repartie chez elle sur sa demande le 24 mai 1938.

Quelque temps après son retour chez elle, on constate qu'elle est enceinte. La grossesse est pénible (vomissements répétés, pyélonéphrite). Vers le huitième mois survient un état infectieux sévère tel qu'une interruption de grossesse est jugée nécessaire et l'on pratique sous anesthésie une césarienne conservatrice. La peau, les muscles, le péritoine sont incisés sans que la malade éprouve la moindre douleur. L'œuf est extrait, complet, mais l'enfant, qui respire, ne vit que quelques heures. Les suites opératoires ont été excellentes ; la fièvre a disparu ; la malade était sur pied trois semaines après.

Elle est hospitalisée à nouveau le 28 juin 1939. Ses crises sont beaucoup moins fréquentes que précédemment ; elles sont aussi moins sérieuses ; il n'y a plus de phénomènes comateux avec poses cataleptiques. Elle éprouve encore des vertiges, des troubles de l'équilibre qui l'obligent à rester couchée. Elle a de la peine à trouver ses mots et est à demi-somnolente. D'après son médecin, quand elle est en imminence de crises, elle ment avec une imagination étonnante.

Elle déclare elle-même, au moment de sa rentrée à l'hôpital qu'elle se trouve mieux qu'antérieurement, mais présente toujours des crises de « perte de connaissance » qui dureraient de trois à huit jours, et avec une fréquence variable (une à deux par mois). Entre les crises elle se lève, mais elle est incapable de se livrer à quelque occupation. Depuis janvier 1939 elle n'est plus réglée. Elle signale, d'autre part, que depuis deux ans environ elle est complètement frigide.

Le cathétérisme vésical est encore nécessaire une fois par jour ; les évacuations intestinales ne se font que par lavements. L'état général paraît médiocre et la malade se présente avec un aspect clinique assez voisin de celui de l'année précédente : attitudes catatoniques, bradycinésie, parfois crises de larmoiement. Les réponses aux questions posées sont assez correctes, mais lentes ; il n'y a pas de dysarthrie.

L'examen montre une contracture des membres inférieurs avec parésie et hyperréflectivité. On trouve ni signe de Babinski, ni équivalent. La sensibilité profonde paraît émoussée ; les troubles sensitifs superficiels se sont étendus ; l'anesthésie s'étend au cou et aux avant-bras qui étaient jusque-là indemnes. Les réflexes ostéo-tendineux des membres supérieurs disparaissent plus vite à droite qu'à gauche. Il n'y a pas de paralysie faciale, mais un ptosis bilatéral ; les globes oculaires se déplacent par saccades. Les réactions pupillaires sont faibles. La rétention des urines persiste, inchangée, sans qu'elle s'accompagne de miction par regorgement.

Une nouvelle ponction lombaire, le 30 juin 1939, donne issue à un liquide clair non hypertendu (11 centimètres d'eau), dont la pression s'élève sous l'influence de la compression des jugulaires, et dans lequel le taux d'albumine est de 0 gr. 30, celui des chlorures de 7 gr. 20, celui du glucose de 0 gr. 53. La numération cytologique donne 1,6 éléments par millimètre cube ; la réaction de Wassermann et celle du benjoin colloïdal donnent un résultat normal. L'existence d'une syphilis n'a pas été confirmée par les recherches humorales ultérieures.

Nous avons appris par le Dr Conte que cette malade a vécu d'une vie à peu près normale pendant plusieurs années, au cours desquelles elle a été sondée une fois par jour. Elle a mis fin à ses jours.

Observation IX. — Encéphalomyélite a symptomatologie discrète avec réaction lymphocytaire et parésie du droit supérieur gauche.

Mlle D. M... entre à l'hôpital le 26 avril 1938. Depuis deux mois elle épouvait des sensations de dérobement du membre inférieur gauche, fugaces et sans chute, avec tremblements. Ces phénomènes se reproduisent dix à quinze fois par jour ; ils se sont étendus progressivement à tout le membre inférieur gauche puis au membre supérieur gauche. Chaque accès dure quelques secondes ; puis apparaît une diplopie, qui accompagne les accidents parétiques et disparaît rapidement avec eux. Enfin sont apparus quelques accidents parétiques dans le membre inférieur droit.

Cette jeune fille signale dans ses antécédents une névrite optique survenue à l'âge de 19 ans au décours d'une infection saisonnière. D'après les renseignements donnés par la clinique ophtalmologique où elle a été hospitalisée, l'acuité visuelle de l'œil droit était de 0,2 ; celle de l'œil gauche de 1. L'amélioration est survenue progressivement. Un examen rhinologique pratiqué à ce moment est resté négatif.

Lors de l'entrée à l'hôpital l'examen neurologique ne permet aucune constatation objective en dehors d'une exagération des réflexes tendineux des membres inférieurs et une abolition des réflexes abdominaux. Il n'y a pas d'anomalie ophtalmoscopique.

La tension artérielle est de 13-8. Les urines ne contiennent ni albumine ni glucose. Une rachicentèse montre un liquide céphalo-rachidien d'aspect normal, de pression normale et sans anomalie chimique, mais une lymphocytose de 16 éléments par millimètre cube.

Les réactions de Wassermann et Meinicke sont négatives dans le liquide céphalo-rachidien. Toutes les réactions spécifiques sont négatives dans le sang. La réaction du benjoin colloïdal montre une floculation dans les tubes du premier et du deuxième groupe (22222 22222 10000).

Il existe un nystagmus horizontal dans le regard latéral droit. Subjectivement, l'épreuve au verre rouge montre une diplopie croisée avec déplacement vertical dans le regard en haut et à droite, ce qui permet de penser à une parésie du droit supérieur gauche (Dr Viallefont).

Amélioration progressive.

Observation X. — Syndrome cérébelleux passager et hémiparésies transitoires.

Mlle E. C..., 16 ans, entre à l'hôpital le 2 avril 1941. Elle a présenté cinq mois auparavant une hémiparésie droite qui a rétrocédé en une semaine, ne laissant aucune séquelle apparente. Le 25 mars survient de la diplopie et le 29 mars un strabisme interne bilatéral. Le membre inférieur gauche est, deux jours après, atteint à son tour. Le 31 mars apparaît de la dysarthrie.

A ce moment les réflexes rotuliens et achilléens sont vifs, mais il n'y a pas de signes d'irritation pyramidale : il existe par contre des signes de la série cérébelleuse : parole gênée, adiadococinésie, nystagmus, quelques vertiges et des troubles visuels : diplopie persistante et inégalité pupillaire (pupille gauche plus grande que la droite).

Les réactions « spécifiques » de la syphilis sont négatives dans le sang et le liquide céphalo-rachidien ; mais on constate dans ce dernier une hyperalbuminose de 2 gr. 40, associée à une lymphocytose de 11 leucocytes par millimètre cube. Une nouvelle ponction lombaire, le 24 avril, donne seulement 0 gr. 60 d'albumine par litre et 8 leucocytes par millimètre cube ; le 13 mai, on ne trouve plus que 0 gr. 30 d'albumine par litre, les leucocytes restant au taux de 8 par millimètre cube.

Entre temps, l'état s'est amélioré d'une façon considérable ; la plupart des signes ont disparu. On avait institué un traitement d'épreuve spécifique par le cyanure de mercure (12 injections), mais il convient de remarquer que l'amélioration clinique a débuté avant ce traitement.

La malade sort le 20 mai 1940 en état de guérison apparente.

Elle revient à l'hôpital le 7 octobre 1942. Pendant l'année qu'elle a passée chez elle, son état général a paru excellent ; tous les troubles avaient disparu, mais depuis le 4 octobre des fourmillements ont apparu dans la moitié gauche du corps, et on a vu s'installer une hémiparésie gauche rendant la marche impossible.

A l'examen, nous constatons un déficit moteur à gauche, sans paralysie faciale, avec vivacité des réflexes des deux côtés. Il n'y a pas de signe de Babinski, ni aucun de ses équivalents. La malade présente un léger strabisme convergent. Nous observons d'ailleurs des variations fréquentes dans la vivacité des réflexes et dans la force segmentaire, mais jamais ne se montre aucun signe méningé. La sensibilité est restée normale. On identifie quelques troubles de la série cérébelleuse : l'équilibre est instable, la malade est obligée d'élargir son polygone de sustentation, il n'y a pas de signe de Romberg, la marche est légèrement ébrieuse. Le membre inférieur gauche est traîné. L'épreuve de la marche en étoile est négative, l'épreuve de la dysmétrie montre de légères perturbations, il existe de l'adiadococinésie à gauche. Dans la série extrapyramidale on relève une perte du mouvement de balancement des bras, surtout marquée à gauche.

La ponction lombaire pratiquée à ce moment révèle une hyperalbuminose de 0 gr. 60. La numération cytologique montre moins de 1 élément par millimètre cube.

L'évolution s'est poursuivie avec une très grande mobilité dans la symptomatologie dont l'énumération suivante donne un aperçu :

Le 24 octobre 1942, la malade se plaint de fourmillements de la main gauche, de l'avant-bras et de l'hémiface gauche, de céphalées diffuses, mais surtout marquées à droite. Il n'y a pas de signe de Kernig.

Le 25 octobre, ce sont une diplopie pour la vision au loin avec céphalées diffuses, de la somnolence.

Le 27 octobre, les fourmillements persistent dans la moitié gauche du corps.

Le 2 novembre, la main droite est le siège de fourmillements, sans diminution de la force segmentaire.

Le 3 novembre, légère parésie de l'hémiface droite.

Le 8 novembre, diplopie pour le regard latéral droit et de face ; pas de diplopie pour le regard latéral gauche ; diplopie homonyme par paralysie du moteur oculaire droit.

Le 11 novembre, la diplopie persiste.

Le 20 novembre, la diplopie a régressé partiellement avec amélioration du déficit moteur général.

Le 26 novembre, persistance d'un léger syndrome cérébelleux au membre supérieur gauche ; dysmétrie, hypermétrie. Abolition des cutanés abdominaux gauches ; hémiparésie faciale droite.

Le 20 décembre, l'état de la malade est redevenu très satisfaisant, le syndrome cérébelleux a disparu ; il persiste une hyperréflectivité tendineuse, sans Babinski ni Mendel. La malade rentre chez elle.

Le traitement mis en œuvre pendant ce deuxième séjour a consisté en injections d'iodaseptine salicylée, de staprolysat et de naïodine.

Observation XI. — Méningo-encéphalite avec atteinte élective durable des nerfs facial, glosso-pharyngien, vago-spinal et grand hypoglosse.

C. S..., âgé de 25 ans, ingénieur, a présenté au début de septembre 1942, un légère angine suivie de quelques douleurs thoraciques. Huit jours après apparaît un syndrome méningé fébrile (39°) avec nasonnement de la voix, exagération des réflexes tendineux, léger nystagmus, sans signes

d'irritation pyramidale, complété, deux jours plus tard, par une paralysie du deltoïde et du trapèze du côté gauche et d'une paralysie du facial inférieur de même côté. Il existe, en outre, une parésie de la moitié gauche du voile (signe du rideau) et du constricteur supérieur du pharynx, et une hémiatrophie linguale discrète. Aucune anomalie n'est constatée dans les territoires des autres nerfs craniens. Il n'y a aucune modification de la réflectivité. La ponction lombaire a donné issue à un liquide hypertendu et légèrement xanthochromique ; le taux d'albumine y est de 0,90 ; celui des chlorures de 7 gr. 50 ; celui du glucose de 0 gr. 40. L'index cytologique est de 128 éléments dont 80 pour cent de polynucléaires par millimètre cube. Cette réaction leucocytaire n'était plus que de 40 éléments quatre jours plus tard et de 8 éléments après huit jours d'évolution. La glycorachie s'est élevée en quatre jours à 0 gr. 73 par litre. La culture du liquide a été négative. La régression d'une partie des troubles s'est effectuée rapidement. Actuellement, seules persistent les paralysies du trapèze et du deltoïde dont l'atrophie est considérable. Il existe dans ce domaine une inexcitabiité galvanique et faradique complète.

IV. — Syndromes méningés.

Observation XII. — Réaction méningée discrète fébrile.

Le 30 septembre 1940, Mme B..., 32 ans, présente en pleine santé au cours d'une gravidité au cinquième mois, un léger mouvement fébrile à 38°5 avec céphalée et photophobie. Deux jours plus tard apparaît un signe de Kernig et de la raideur de la nuque. Aucun trouble moteur ni sensitif n'est noté. Les réflexes sont plus vifs à gauche qu'à droite, surtout aux membres supérieurs. Il n'y a pas de signes d'irritation pyramidale. Le liquide céphalo-rachidien est clair, hypertendu (30 cm.) et contient 0 gr. 40 d'albumine par litre, 7 gr. 50 de chlorures, 35 éléments figurés par millimètre cube, composés de lymphocytes et de polynucléaires en proportions sensiblement égales. Les réactions spécifiques sont négatives. La guérison sans séquelles a été obtenue en quelques jours après traitement sulfamidique.

Observation XIII. — Hypertension intracranienne passagère fébrile avec amnésie ultérieure.

M. M..., âgé de 46 ans, présente un jour, sans malaises prélables, des crises de violentes douleurs céphaliques précédées de quelques secondes par des bourdonnements intéressant alternativement les deux oreilles. La douleur au moment de l'acmé irradie dans la région cervicale, dans la région scapulaire et parfois dans toute l'étendue des membres supérieurs. Les crises, très pénibles, redoutées du malade, accompagnées de pâleur ou de rougeur du visage, durent de 8 à 10 minutes. D'abord au nombre de deux à trois par vingt-quatre heures, elles deviennent plus nombreuses et empêchent tout sommeil. La température est à 38° ; le pouls à 60.

Au moment de l'entrée du malade à l'hôpital on constate l'existence d'un signe de Kernig avec légère raideur de la nuque. Les réflexes tendineux sont faibles ; il n'y a aucun signe de déficit pyramidal, mais il existe à droite des signes d'Oppenheim et de Gordon. Le signe de Babinski, discret, a été noté d'une manière intermittente. Il existe enfin une torpeur assez importante et les réponses sont lentes.

Le liquide céphalo-rachidien est clair, très hypertendu, bloquant l'aiguille du manomètre dans sa position maxima. Cette pression s'effondre complètement après soustraction de 12 cm. environ de liquide. La manœuvre de Queckenstedt reste positive. Ce liquide contient 0 gr. 30 d'albumine, 7 gr. 10 de chlorures et 0 gr. 80 de glucose ; sa cytologie est normale. Le fond d'œil est normal ; aucune trace de stase. On note seulement l'existence d'un pouls veineux spontané. Les urines contiennent 0 gr. 40 d'albumine par litre. La tension artérielle est de 14-8 ; les réactions spécifiques sont négatives dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. Le crâne est normal radiologiquement.

Le traitement institué comporte des injections de salicylate de soude et d'urotropine par voie intraveineuse.

L'évolution du syndrome a été rapide ; la torpeur s'est dissipée en quatre ou cinq jours et les signes méningés ont disparu. Une nouvelle ponction lombaire a donné une tension rachidienne de 30 centimètres d'eau et une albuminose de 0 gr. 30. Le malade a quitté le service complètement guéri en apparence, mais conservant une amnésie complète pour toute une phase de sa maladie. Les limites de cette amnésie sont très précises : le malade se rappelle avoir pénétré dans une pharmacie la veille de son hospitalisation et retrouve ses souvenirs au cinquième jour environ de son séjour à l'hôpital.

Il faut noter dans les antécédents de ce malade deux petits épisodes neurologiques. En 1918, au cours d'une grippe contractée aux armées, il avait présenté des céphalées prolongées d'une très grande violence et, en 1939, une cervico-brachialite très douloureuse et très tenace pour laquelle un traitement radiothérapique avait été institué.

***

L'énumération précédente montre le très grand polymorphisme clinique de ces syndromes à virus neurotropes. Ce polymorphisme résulte sans doute de l'aptitude même du (ou des) virus à des localisations très diverses, mais il s'est accru aussi par nos incertitudes quant à l'unité de ces virus neurotropes et aux difficultés que nous éprouvons à tracer des limites nosologiques authentiques en l'absence de tout critère biologique qui permette une identification étiologique satisfaisante.

Les faits que nous avons groupés ont pour traits communs une certaine parenté symptomatique, la soudaineté d'apparition des troubles, la coexistence fréquente d'un léger mouvement fébrile presque toujours très passager, la variabilité des signes physiques observés (modifications des réflexes, signe de Babinski), la mobilité, enfin, des déterminations cliniques qui souvent se succèdent et disparaissent sans laisser de traces, mais peuvent également entraîner des séquelles définitives. L'évolution de ces syndromes est bien souvent discontinue, ils procèdent par poussées évolutives successives — souvent à longue distance. — Il n'est pas rare de trouver chez des sujets qui présentent ces syndromes névraxitiques d'apparence primitive de petits épisodes neurologiques antérieurs d'origine inexpliquée. Nous avons déjà souligné ici même l'intérêt que soulève cette notion du réveil évolutif des syndromes dus au virus neurotropes, dont la névraxite du type de 1918 nous offre les plus classiques exemples.

Les problèmes que soulève la nature des syndromes névraxitiques à virus neurotropes ne sauraient être envisagés ici. On peut toujours discuter la parenté de ces virus avec ceux de l'encéphalite épidémique et de la maladie de Heine-Medin. Si l'on pense enfin avec Nicolle que les virus invisibles n'ont pas d'individualité propre mais dérivent tous de germes saprophytes ou pathogènes dont ils constituent la forme invisible adaptée à la virulence, on entrevoit les champs immenses qu'ouvrirait ici cette hypothèse, en même temps que deviendrait illusoire toute tentative de synthèse étiologique à propos de ces syndromes névraxitiques : ils ne seraient que la traduction d'une imprégnation passagère, plus ou moins diffuse, des centres nerveux par des virus hétérogènes.

QUELQUES FORMES CAMOUFLÉES
DE PLEURÉSIES PURULENTES MÉTAPNEUMONIQUES
CHEZ L'ADULTE (1)

Par M. Fourestier et A. Ancelin (Paris)

Il est classique de signaler le caractère atypique de la symptomatologie et de l'évolution des pneumonies observées de nos jours. Les dissemblances, cliniques et évolutives, avec les schémas classiques se retrouvent jusque dans les complications pleurales des pneumococcies pulmonaires. Quelle que soit la pathogénie invoquée (qualité du pneumocoque, terrain spécial réceptif, thérapeutique sulfamidée, etc.), on peut parler de véritables formes camouflées des pleurésies purulentes métapneumoniques, d'un diagnostic parfois très difficile. Il en a été ainsi dans les trois observations que voici.

I. — Forme pseudo-tumorale.

Observ. I. — Marcel Gaut..., 48 ans, entre dans le service le 16 novembre 1942. Altération de l'état général, asthénie, anorexie, amaigrissement de 10 kg. depuis deux mois avec parfois ondée fébrile à 38°. A l'examen, le faciès est amaigri, jaunâtre ; la langue est humide, les ongles sont nettement bombés. Après constatation d'une matité importante de la base droite, une ponction exploratrice a été faite en ville, mais n'a rien ramené. Le médecin qui nous recommande le malade craint un cancer du poumon. La matité s'étend effectivement à toute la base droite, atteignant la fosse sous-épineuse, mais prédomine nettement sur la ligne axillaire moyenne.

Sur le cliché de face, ombre homogène s'étendant à toute la base, comblant le sinus costo-diaphragmatique et ne respectant que l'extrême sommet. Pas de déviation trachéale. Pas de modification des images hilaires. Le diaphragme est immobile en scopie. Sur le cliché de profil, l'image est très curieuse : opacité très étendue, vaguement arrondie, occupant presque tout l'hémithorax, à bords linéaires, mais paraissant nettement suspendue, médio-axillaire, n'atteignant ni les parois costales antérieure et postérieure, ni le diaphragme. La ponction exploratrice postérieure ne pouvait fournir aucun renseignement.

Chez ce malade amaigri, fatigué, ne crachant pas, travaillant dans le brai depuis 12 ans, le cancer du poumon paraît probable, encore que l'importance de la « tumeur » contraste avec l'absence de tout signe fonctionnel pulmonaire.

Mais un interrogatoire plus précis révèle en juin 1942, donc six mois auparavant, un épisode pulmonaire aigu avec température à 40° et expectoration rougeâtre pendant quelques jours. Après dix jours d'évolution, la température serait redevenue normale. C'est depuis cet épisode aigu que le malade se sent fatigué. Deux mois de repos à la campagne n'ont apporté aucune amélioration. Par ailleurs, la numération sanguine donne un chiffre de globules blancs élevé : 16.400 avec 82 % de polynucléaires.

Fort des renseignements radiographiques fournis par le cliché de profil, nous pratiquons une ponction exploratrice, haut dans l'aisselle, sur la ligne axillaire moyenne au maximum de matité, et très facilement nous pouvons retirer un liquide purulent, bien lié, fourmillant de pneumocoques. Le malade est transféré dans le service de chirurgie où il est pleurotomisé.

En résumé, pleurésie purulente métapneumonique, enkystée, axillaire, révélée six mois après l'épisode pulmonaire initial par une ponction exploratrice judicieusement localisée grâce à la radiographie de profil. L'évolution en quelque sorte « apulmonaire » a véritablement été pseudo-tumorale.

---

(1) Travail du service de M. P. Brodin, Hôpital des Ménages.

II. — Forme a type de pleurite « sèche » généralisée.

Observ. II. — M. André Rig..., 45 ans, est hospitalisé le 17 février 1943 pour une affection pulmonaire au diagnostic imprécis.

Il y a un mois environ, épisode pulmonaire aigu avec température à 40°, expectoration visqueuse. Quelques jours plus tard, une ébauche de crise s'amorce. La matité droite étant évidente, le médecin explore la plèvre par ponction, mais ne ramène aucun liquide. Jusqu'à la date de son entrée dans le service, le malade continue de tousser, l'expectoration restant banale, muco-purulente, et la température oscillant autour de 38°. Nous sommes en présence d'un malade pâle, amaigri (6 kg. en un mois), fréquemment couvert de sueurs ; la température est désarticulée entre 37° et 38°5, la langue humide, l'appétit conservé. L'impression clinique de tuberculose se trouve fortifiée par les signes physiques : matité de la base droite tournant en écharpe dans la région axillaire et atteignant la fosse sous-épineuse ; abolition des vibrations locales et du murmure vésiculaire remplacé par une expiration soufflante, ébauche d'égophonie ; dans l'aisselle, après la toux, bouffée de râles sous-crépitants.

Sur le cliché de face, scissurite droite manifeste centrant une ombre assez homogène étendue à presque tout l'hémithorax. Cette opacité diffuse se dégrade vers le sommet et à la base. De profil, l'opacité est plus importante, sa limite antérieure dessine au-dessus de la scissure, encore plus nettement visible, une ligne concave en arrière. Le bord postérieur se perd sur les corps vertébraux. L'hémithorax gauche est normal.

Vraiment, la ligne scissurale, l'opacité homogène et diffuse, l'absence de tout signe radiologique parenchymateux sous-jacent, sont en faveur d'une réaction pleurale plastique. Pendant quinze jours le diagnostic reste en suspens. Plusieurs ponctions, en des régions très différentes, sont constamment négatives. Malgré l'absence de B. K. dans l'expectoration, l'atteinte de l'état général, ces signes radiologiques pleuraux joints à la négativité des ponctions exploratrices font admettre avec une vraisemblance accrue de jour en jour le diagnostic de sérite tuberculeuse adhésive.

Certaines discordances cliniques et évolutives tempèrent néanmoins l'affirmation diagnostique.

La leucocytose est à 12.800 avec prédominance de polynucléaires.

Le diaphragme droit est très mobile, ce qui ne « cadre » pas avec une pleurésie sèche généralisée de tout l'hémithorax droit.

Avant l'épisode pulmonaire aigu brutal du mois de janvier, le malade jouissait d'une excellente santé.

Dans la nuit du 11 au 12 mars, survient une vomique de moyenne abondance : 200 centimètres de pus sont brusquement éliminés, pus non fétide, dont la flore microbienne est presque exclusivement composée de pneumocoques. La température se stabilise immédiatement à 37°. L'expectoration purulente se poursuit pendant quelques jours, puis redevient banale et peu abondante, muco-purulente. L'examen radiologique le plus minutieux ne révèle aucune image hydro-aérique suspecte. Mais peu à peu la dégradation de l'opacité commence, et lentement, en quinze jours, l'opacité disparaît, ne laissant à sa suite qu'une ligne scissurale, toujours présente à la sortie du malade du service en avril. L'état général est excellent à cette date et plusieurs kilos ont été repris.

En résumé, pleurésie purulente métapneumonique enkystée, peut-être interlobaire, dont il a été impossible de préciser le siège exact, camouflée par une réaction pleurale plastique intense, d'origine certainement pneumococcique, mais pseudo-tuberculeuse dans son expression clinique. Le diagnostic n'a été fait qu'après la vomique, tardive, annonciatrice de la guérison.

III. — Forme vraiment pseudo-tuberculeuse.

Observ. III. — Louis Lefe..., 43 ans, entre dans le service le 9 février 1942. Deux mois auparavant, congestion pulmonaire gauche avec température élevée pendant huit jours. Depuis cette date, la toux, l'expectoration purulente, parfois quelques crachats sanglants, l'atteinte de l'état général, l'amaigrissement, les sueurs, la température oscillante (38°, 39°), tout est en faveur d'une tuberculose pulmonaire banale ulcéro-caséeuse, hormis l'absence de B. K. dans les crachats à plusieurs examens.

L'examen radiologique semble confirmer cette impression diagnostique. Le cul-de-sac costo-diaphragmatique gauche est comblé. A la partie moyenne du poumon gauche et au sommet, on distingue plusieurs plages opaques, à contours irréguliers, perdues dans une grisaille non homogène. Pas de perte de substance. Aucun niveau hydro-aérique. C'est là l'aspect radiologique de grosses pommelures qu'il est habituel d'observer au cours de l'évolution de certaines tuberculoses pulmonaires graves de l'adulte. Mais l'absence de B. K. contraste avec la gravité du syndrome radiologique. L'examen attentif des clichés de face et surtout de profil montre que la plus grosse des « pommelures » est antérieure, plaquée en quelque sorte contre le plastron sterno-costal, sa limite postérieure est circulaire, concave en avant.

La percussion révèle une zone franche de matité, très haut, sous la clavicule gauche. Bien que plusieurs ponctions exploratrices pratiquées depuis le début de l'évolution, à la base et en arrière, n'aient pas révélé la présence de liquide, nous décidons de ponctionner immédiatement sous la clavicule, en pleine zone mate. Très facilement, nous obtenons du pus franc, contenant de très nombreux pneumocoques. L'injection de quelques centimètres cubes de lipiodol précise, sur un nouveau cliché, la localisation pleurale enkystée de la suppuration pneumococcique. Le lipiodol injecté sous la clavicule dessine plusieurs plages, certaines suspendues ; la plus grande partie de l'huile opaque conflue à la base. La pleurésie était donc cloisonnée et les différences d'opacité correspondaient à des épaississements pleuraux ou à des collections enkystées mais communiquantes.

La guérison est obtenue par le traitement sulfamidé local et général aidé de quelques ponctions évacuatrices. En un mois, l'aspect non homogène de l'extrémité supérieure du poumon gauche disparaît. Il persiste quelques opacités fines, linéaires, d'apparence cicatricielle. La température se stabilise rapidement à 37°. L'état général se transforme et le malade quitte le service guéri.

En résumé, pleurésie purulente métapneumonique enkystée de la grande cavité, antéro-axillaire supérieure, camouflée pendant deux mois sous des signes cliniques et radiologiques de tuberculose pulmonaire macro-nodulaire. La ponction exploratrice, après quelques tentatives infructueuses, a révélé la nature exacte de l'affection. Le siège anormal de la localisation explique suffisamment les hésitations diagnostiques.

***

Enumérer tous les aspects trompeurs de la pneumonie et de ses complications serait hors du cadre de ce travail. Nous voudrions, après avoir rappelé par quelques exemples précis les difficultés diagnostiques de certaines pleurésies purulentes métapneumoniques, préciser la meilleure utilisation des procédés d'investigation, cliniques et paracliniques, offerts à notre sagacité clinique. On pourrait souhaiter que disparaisse de la nosologie des complications pleurales de la pneumonie, la description de la vomique, souvent tardive, révélatrice de la suppuration pleurale entièrement camouflée durant toute son évolution. Un malade comme celui de notre observation II déjouera sans doute souvent les meilleures enquêtes diagnostiques.

Nous avons observé une forme pseudo-tumorale, une apparence de pleurite sèche adhésive, un aspect pseudo-tuberculeux. Il est certain qu'on pourrait multiplier le nombre de ces formes camouflées de pleurésies purulentes métapneumonique. Les syndromes cliniques d'emprunt sont probablement la conséquence des particularités évolutives du microbe, des modalités réactionnelles de la plèvre (réaction plastique ou liquidienne), de la localisation variable et parfois vraiment atypique de l'épanchement, des dispositions anatomiques pleurales acquises préexistantes. Il convient néanmoins de remarquer la plus grande fréquence actuelle de ces complications pneumococciques atypiques. *Nous pensons que la diffusion extraordinaire des traitements sufamidés n'est peut-être pas étrangère à la dislocation des schémas descriptifs classiques concernant aussi bien la pneumonie elle-même que ses complications.* Cette question, pourtant si intéressante au point de vue de la pathologie générale, ne peut être traitée ici. Sur quels renseignements se baser, à quels signes donner la prééminence diagnostique pour déceler une pleurésie purulente métapneumonique non évidente, tel est l'objet de ce travail.

1) La notion d'épisode pulmonaire aigu survenu brusquement en pleine santé apparente doit être précisée par l'interrogatoire du malade quand on n'a pas assisté à l'incident pneumonique initial. Tous les signes cliniques proprement pneumoniques : herpès, chute thermique du 7e ou du 9e jour, crachats rouillés, phénomènes critiques, etc., devront être recherchés avec soin. Mais il est souvent difficile d'aboutir à des précisions anamnestiques suffisantes et il faut compter avec la latence symptomatique de certaines formes cliniques. Par ailleurs, les syndromes d'emprunt camouflant la complication pleurale peuvent avoir un début brutal. Néanmoins, cette notion d'un incident pulmonaire aigu dans les semaines ou les mois précédents conserve toute sa valeur.

2) L'évolution de la pneumopathie, tenue à tort comme responsable du syndrome observé, rappelle le plus souvent la tuberculose. Ce sont des malades fatigués, amaigris, subfébriles, toussant et crachant, l'expectoration est parfois teintée de sang, la langue est humide, le point de côté est constant, tout concourt à orienter le diagnostic vers une affection tuberculeuse pulmonaire. L'absence répétée de B. K. dans l'expectoration infirme ce diagnostic de présomption. En pareil cas, le laboratoire a le pas sur la clinique. Il faut s'incliner et savoir rechercher une autre étiologie. La négativité des recherches bacillaires, si elle ne fait pas apparaître la vérité, lève au moins un soupçon.

3) L'examen attentif des clichés radiographiques est un des temps les plus importants du diagnostic. Il faut de toute nécessité lire les deux incidences : face et profil correspondant. Dans notre observation I, le profil rendait compte de la négativité de la ponction exploratrice pratiquée en arrière. Or, l'épanchement était axillaire enkysté, et la vue de face, du fait des superpositions d'ombre, ne donnait qu'une apparence de pleurésie basilaire banale. C'est par l'interprétation comparée des deux incidences qu'on précise l'élément pleural dans une image floue, non homogène, atypique, donnée par le cliché standard de face. Un cliché révèle par exemple une zone opaque homogène assez étendue, dont un bord paraît très régulier, linéaire, ce qui est suspect pour une lésion proprement parenchymateuse ; on note encore une limite scissurale. Tout au moins résulte-t-il de cet examen que l'image observée donne l'impression d'un substratum pleural et non parenchymateux, et bien que ce soit là chose assez difficile à expliquer, la valeur de cette impression radiographique est réelle pour quiconque a l'habitude de la pneumologie. Surtout, cet examen précise la localisation de la complication pleurale et c'est là son intérêt majeur. Ces formes camouflées des pleurésies purulentes métapneumoniques traduisent toujours des épanchements enkystés, soit dans la grande cavité pleurale — et ce ne sont pas les moins difficiles à diagnostiquer —, soit dans les replis pleuraux, interlobaires ou marginaux : cul-de-sac, costodiaphragmatique postérieur (abcès sous-phrénique), plèvre médiastine (dilatation des bronches, atélectasie), repli précardiaque (péricardite), région rétro-sternale supérieure (tumeur, ganglions), repli postérieur de

la gouttière vertébrale (œsophagite, abcès pottique), plèvre apicale (tuberculose), interlobe (abcès), etc. On pourrait multiplier à l'infini les erreurs de diagnostic possibles. La localisation topographique radiologique du syndrome cortico-pulmonaire suspect, est une étape importante du diagnostic général. Certes, la radiologie ne peut donner des signes d'absolue certitude, affirmatifs ou négatifs, et il faut toujours se rappeler que des liquides sous une faible épaisseur, surtout lorsqu'il s'agit de pleurésies localisées, peuvent être traversés par des rayons X sans s'indiquer par un voile ou par une ombre (Courcoux). Néanmoins, le repérage radiologique guide la recherche à l'aiguille de l'épanchement pleural présumé, et la valeur des signes radiologiques s'accroît de la coexistance d'une zone franche de matité dans la zone explorée aux rayons X.

4.) Le syndrome liquidien stéthacoustique est pratiquement inexistant et les signes parenchymateux de voisinage gênent souvent l'interprétation séméiologique. Un seul signe a une valeur indicative de premier ordre, c'est *la matité*. Toute matité franche n'est pas nécessairement signe de certitude, mais de grande présomption ; même limitée, même située dans une région inhabituelle (sommet axillaire, sous la clavicule, etc.), douloureuse ou non, toute matité franche doit faire penser au liquide. C'est à ce niveau, quand l'examen radiologique indique une opacité sous-jacente anormale, qu'il faut ponctionner. Dans notre observation III, c'est sous la clavicule qu'une zone limitée de matité nous indiqua, après de multiples tentatives infructueuses, le siège exact de la suppuration pleurale. On met à son actif des succès diagnostiques parfois éclatants quand on sait tenir compte, pour le siège de la ponction exploratrice, des précisions topographiques fournies par une percussion très minutieuse et qui sait explorer toute l'étendue de l'hémithorax.

5.) La ponction exploratrice est évidemment le couronnement du diagnostic, mais grâce à l'emploi *in situ* des sulfamides, elle peut devenir un moyen thérapeutique efficace. Il faut utiliser une aiguille assez longue et surtout d'un diamètre suffisant, au moins 10/10e de millimètre. La ponction doit être faite plan par plan et non brusquement, en aspirant à l'aller et au retour. Dès le pus trouvé, il faut injecter quelques centimètres cubes de lipiodol ; l'exploration radiologique ultérieure précise mieux ainsi l'étendue de la poche pleurale, et si une pleurotomie s'avère nécessaire, la localisation sur les plans cutanés du point déclive s'en trouve facilitée.

Mais la ponction exploratrice, du fait qu'elle ne ramène rien, ne permet pas non plus de conclure à l'absence certaine de liquide. Il en fut ainsi dans notre observation II où seule la vomique révéla la nature exacte de l'affection. C'est dire toute la difficulté diagnostique, dans certains cas, de ces complications pleurales purulentes enkystées de la pneumonie. Cette éventualité est tout de même rare, si l'on sait apprécier à leur pleine valeur les renseignements fournis par la percussion, la radiologie, les recherches bactériologiques et l'anamnèse. Rares sont les cas où la complication pleurale revêt une forme à ce point camouflée qu'aucun diagnostic ne peut être posé avant l'évacuation spontanée du pus par les voies naturelles. La découverte du pus par ponction devrait être, dans la grande majorité des cas, la conclusion logique d'une enquête séméiologique, clinique et radiologique, menée avec toute la rigueur nécessaire.

CONSULTATIONS. — II (1)

SCOLIOSE PAR LONGUEUR INÉGALE DES MEMBRES INFÉRIEURS

Hypertrophie staturale du type Hutinel chez un garçon de 12 ans et demi

Par le Professeur Pierre NOBÉCOURT
Membre de l'Académie de Médecine

Le 24 décembre 1942, M. C... me présente son fils Yves. « Je vous le conduis, me dit-il, parce que le médecin du lycée a découvert une déviation du rachis et conseillé de le faire soigner. »

Yves (42.5197) est né le 8 mai 1930. Il s'est toujours bien porté. Il a 12 ans 7 mois.

Je suis frappé par sa HAUTE STATURE, sa minceur, la longueur des membres inférieurs contrastant avec la brièveté du buste.

La taille (T) est de 163 cm. 5 au lieu de 142 cm. 5. L'excès statural est de 21 cm. ou 14,7 p. 100. C'est la stature d'un jeune homme de 17 ans et demi.

Les autres *données anthropométriques*, que je compare avec celles d'un garçon de 17 ans 6 mois, sont les suivantes :

	Yves	Garçon de 17 ans 6 mois
Buste B	80 cm. 5	86 cm.
Membres inférieurs S	83 cm.	77 cm. 5
Rapport de Manouvrier $\frac{S}{B}$	1,031	0,901
Poids P	42 kg.	56 kg. 550
$\frac{P}{T}$	256	345
Périmètre thoracique xiphoïdien Pt 64-74 :	69 cm.	78 cm. 5
$\frac{Pt}{T}$	0,42	0,48
Coefficient de Pignet	52,5	28,5

L'excès statural de 14,7 p. 100 indique une *hypertrophie staturale moyenne* (excès statural de 10 à 14 p. 100), a la limite de l'hypertrophie forte.

Par rapport aux moyennes pour 17 ans et demi :

Le buste est trop court, les *membres inférieurs* sont trop longs de 5 cm. 5, le *rapport de Manouvrier* supérieur de 0,130. L'élévation de ce rapport témoigne d'une *macroskélie moyenne* (excès de 0,100 à 0,140).

Le *poids* est inférieur de 14 kg. 550 ou de 25 p. 100 : cette réduction, si on admet ± 15 p. 100 comme limite des variations pondérales physiologiques traduit la maigreur. Le *rapport* $\frac{P}{T}$ est inférieur de 89.

Cependant le poids et le rapport sont supérieurs aux moyennes pour l'âge (32 kg. 400 et 221).

Le *périmètre thoracique*, mesuré à la hauteur de l'appendice xiphoïde, est inférieur de 9 cm. 5 ou 12 p. 100 ; le rapport $\frac{Pt}{T}$ de 0,06.

Pour l'âge, le poids est supérieur à la moyenne (65 cm. 5), le rapport conforme à la moyenne (0,45).

Le *coefficient de Pignet* [T — (P+Pt)] est supérieur de 24 ou 84 p. 100 ; il l'est également à la moyenne pour l'âge (45,6) ; il traduit une corpulence très faible.

Les données anthropométriques confirment et précisent l'impression que donne l'inspection du corps.

La haute stature, la macroskélie, et, d'autre part, pour la taille, la faiblesse du poids, l'étroitesse du thorax, la faible corpulence, l'habitus général qui fait comparer le sujet à une asperge, à un peuplier, à un échassier, tous ces symptômes caractérisent l'*hypertrophie staturale du type Hutinel*, suivant l'appellation que j'ai proposée en 1924.

Ce diagnostic porté, je continue mon examen.

Il existe manifestement une *scoliose dorsale inférieure* à convexité gauche. Elle est légère et facile à corriger. Elle disparaît dans la position du plongeur et reparaît dans la station verticale. Le rachis est souple, ne présente ni contracture, ni douleur.

En regardant le corps de face et de dos, on constate que la crête iliaque droite est plus haute que la gauche, le pli fessier droit sur un plan plus élevé que le gauche. Si on place sous le pied gauche un livre épais de 1 cm. 5 environ, les crêtes iliaques et les plis fessiers sont sur les mêmes plans, la scoliose disparaît ; si on enlève le livre, les mêmes phénomènes reparaissent. Dans le décubitus dorsal, la distance du grand trochanter à l'extrémité inférieure du tibia est plus courte d'environ 1 cm. 5 à gauche qu'à droite. Il existe donc une *longueur inégale des membres inférieurs*.

La scoliose est la conséquence de cette anomalie. Elle n'est pas due à une affection ou à une dystrophie du rachis. La scoliose dystrophique est fréquente chez les sujets ayant de l'hypertrophie staturale du type Hutinel ; elle n'est pas en cause.

Je constate encore des *pieds plats*, surtout le gauche.

L'exploration des viscères et du système nerveux ne révèle aucun trouble cliniquement appréciable.

Il n'y a aucun signe de puberté.

Le DIAGNOSTIC est, pour conclure : hypertrophie staturale moyenne du type Hutinel, dystrophie générale, scoliose par longueur inégale des membres inférieurs.

Le TRAITEMENT de la scoliose consiste à compenser la brièveté du membre inférieur gauche et à corriger les pieds plats par des *semelles* appropriées. J'adresse Yves à un cordonnier spécialisé.

L'objectif principal est d'éviter, à un âge où le rachis s'allonge, qu'un facteur mécanique, lié à la scoliose, conséquence de la longueur inégale des membres inférieurs, ne favorise des troubles dans l'épaississement des vertèbres.

Pour la *dystrophie générale*, je conseille une bonne hygiène générale et alimentaire, l'aération, la modération dans le travail scolaire et les exercices physiques, une médication phospho-organique.

Je revois Yves six mois après, le 24 juin 1943.

Il porte depuis sa précédente visite, dans sa chaussure gauche, une semelle épaisse d'un centimètre et bombée.

Je constate, qu'avec cette semelle, le rachis est droit, les crêtes iliaques et les plis fessiers sont sur les mêmes plexus. Les pieds nus, la scoliose reparaît ; elle me semble moins accentuée qu'autrefois.

Yves a 13 ans 1 mois.

Sa *taille* est de 166 cm. 5, au lieu de 145 cm. 5 pour son âge. L'excès statural est de 20 cm. ou 12,7 p. 100. C'est la taille d'une jeune homme de 20 ans.

---

(1) Cf. *Consultations*, n° 1. (V. *Gaz. des Hôp.*, n° 17, 1943.)

Voici ses *caractères anthropométriques* comparés à ceux d'un garçon de 20 ans mesurant 166 cm.

	Yves	Garçon de 20 ans
B	83 cm. 5	87 cm.
S	83 cm.	79 cm.
$\frac{S}{B}$	0,970	0,908
P	44 kg.	63 kg.
$\frac{P}{T}$	264	379
Pt 66-75 :............	70 cm. 5	84 cm.
$\frac{Pt}{T}$	0,42	0,50
Coefficient de Pignet...	52	19

En six mois Yves a grandi de 3 cm. comme les garçons de son âge. Il a grandi uniquement par le buste, comme les garçons de 15 à 17 ans, tandis que, dans la treizième année, la croissance staturale se fait surtout par les membres inférieurs. Son hypertrophie staturale est toujours moyenne, avec tendance à la diminution ; il en est de même pour la macroskélie.

Par ailleurs, le poids a augmenté de 2 kg, le périmètre thoracique de 1 cm. 5 ; mais, pour la taille, ils sont toujours très faibles. Le coefficient de Pignet ne s'est pas modifié.

Je note les premiers signes de la *puberté* (P^1 A^1), encore bien discrets.

Mme C... me demande si son fils va encore grandir beaucoup. Je lui réponds que je n'en sais rien, mais qu'on peut cependant calculer les probabilités.

La transformation du type d'accroissement segmentaire, l'allongement exclusif par le buste sont en faveur d'un ralentissement de la croissance staturale. Comme l'a établi Paul Godin, la transformation du type se fait pendant la phase terminale de la puberté.

Yves semble se comporter comme un garçon de 15 ans. De 15 à 20 ans le garçon prend 9 cm. Si la taille d'Yves s'allonge de 9 cm., il mesurera à 20 ans 175 cm. 5. L'excès statural sera de 9 cm. 5 ou 5,7 p. 100. Yves sera à la limite des tailles moyennes et de l'hypertrophie staturale (excès de 5 p. 100).

Mais ce n'est qu'une hypothèse.

Pour le moment faisons de notre mieux pour consolider la santé d'Yves. Voici les vacances : qu'il les passe en plein air, dans un pays où il puisse avoir une alimentaiton abondante, saine, variée, équilibrée ; qu'il se repose, fasse de la chaise longue après le déjeuner, se garde des longues promenades, des sports, des jeux violents. Il peut faire de la bicyclette avec modération et à condition de se tenir correctement.

ACTUALITÉS

LA NOVOCAÏNE INTRAVEINEUSE

dans les embolies pulmonaires postopératoires

par M. Rémy Levent

Dans une précédente étude (1) nous faisions état de l'espoir né des résultats déjà obtenus par les injections intraveineuses de novocaïne dans diverses circonstances cliniques. Ces heureuses prévisions se sont confirmées et cette technique s'est montrée d'une fidélité encourageante.

En ce qui concerne l'embolie pulmonaire, cette méthode met en jeu l'activité accrue du médicament et la tolérance plus grande de l'organisme dues à la lenteur de pénétration du médicament pour juguler temporairement ou définitivement, mais toujours rapidement, les réflexes auxquels les embolies doivent le principal de leur gravité. Les expériences de MM. Villaret, Justin-Besançon et Bardin ont, en effet, prouvé que dans des embolies grosses et moyennes l'obstruction mécanique n'était pas toujours tout. Mort subite ou rapide, syndrome cardiorespiratoire, syndrome fonctionnel sont au contraire dus au spasme réflexe parti des ramifications nerveuses dans les parois artériolaires au voisinage immédiat de la lumière des vaisseaux. Ces mêmes auteurs, pour prévenir un accident, avaient étudié une autre méthode pharmacodynamique pour rompre le réflexe neuro-végétatif. C'est aussi le but que recherchent les injections juxta-stellaires.

Aussi un tel traitement ne s'adresse-t-il guère aux très fines embolies où le pouvoir obstructif l'emporte sur le pouvoir réflexogène, ni aux très volumineuses embolies obstruant entièrement tronc de l'artère et branches de bifurcation. Encore dans ce dernier cas l'inutilité totale admet-elle quelque tempérament, présent ou à venir.

C'est de la notion positive d'embolie pulmonaire que relève naturellement d'abord la thérapeutique. De tels incidents peuvent survenir à un moment quelconque de la quinzaine qui suit l'intervention. C'est avant tout la douleur thoracique subite à caractère angoissant et syncopal qui paraît ; la dyspnée est parfois atroce ; sans être constante l'élévation thermique est habituelle et parfois approche de 40°.

Facies du malade, sensation de mort menaçante sont caractéristiques ; à l'examen physique, on ne trouve guère à ce moment que de la tachycardie et de l'hypotension. Crachats hémoptoïques et signes stéthoscopiques n'apparaissent qu'ensuite, signes de confirmation qu'il ne faut pas attendre pour agir.

On éliminera le point de côté parfois angoissant des affections thoraciques aiguë, de la rupture d'anévrisme et surtout la douleur de l'angine de poitrine vraie. Les commémoratifs d'opération, d'accouchement ou de traumatisme, avec ou sans suspicion d'infection, la présence d'une cardiopathie doivent faire éviter les confusions grossières et faciliter une décision rapide qui comporte plus d'espoirs qu'elle n'expose à des accidents. De même dans les crises anginiformes de l'aérophagie et de diverses névropathies.

Si la dyspnée prédomine, il peut s'agir d'œdème aigu que l'expectoration caractérise vite, de pneumothorax spontané, d'atélectasie pulmonaire où les signes stéthoscopiques sont précoces. L'asthme vrai a un caractère particulier et n'est pas, bien au contraire, une contre-indication aux injections.

Il peut enfin s'agir d'une embolie capillaire ; commémoratifs, examen des urines et de l'expectoration seront un guide et feront renoncer à un traitement qui ne serait d'ailleurs qu'inutile mais pas nuisible.

Il n'y a, à vrai dire, qu'un moment pour intervenir : c'est celui où le diagnostic vient d'être posé avec une vraisemblance suffisante ; l'état du malade interdit toute temporisation ; il est de fait que les succès sont les mêmes que l'embolie succède de près ou non à l'intervention. Les mêmes aussi quel que soit l'âge du sujet, quelle que soit la menace apparente de mort rapide. Il faut sans attendre interrompre le réflexe et prévenir la syncope mortelle ou la fatigue cardiaque. Le seul risque est celui d'une injection inutile ; en aucun cas, on ne risque de nuire.

La technique ne diffère en rien de l'injection intraveineuse courante. Sa seule particularité est la lenteur avec laquelle l'injection doit être poussée ; il s'agit là d'un point primordial.

On a dans certains cas pratiqué le goutte-à-goutte intraveineux. Ce procédé où le temps d'injection atteint 9 à 10 heures n'est guère de mise en présence d'accidents menaçants.

La quantité de solution injectée varie en 5 et 10 centimètres cubes en une fois. — Les auteurs s'accordent à faire l'injection en 75 *secondes pour 5 cm³ ou 2 minutes et demie pour 10 cm³.* — Une injection trop lente peut être imparfaitement sédative ; une injection trop rapide (60 secondes) choquante.

La solution préconisée par Dos Ghali et ses collaborateurs et acceptée par les divers auteurs est *une solution de novocaïne sans adrénaline à 1 % dans le sérum physiologique.* Il est à noter que la dénomination de novocaïne doit être entendue au sens large et s'applique aussi bien à la novocaïne proprement dite qu'à ses succédanés synthétiques d'emploi courant en anesthésie locale ou régionale, qui donnent des effets comparables.

On donnera 5 cm³ aux sujets jeunes ou à ceux dont la tolérance est douteuse ; *la dose de 10 cm³ sera préférée dans les cas urgents ;* des doses plus fortes peuvent être utiles lorsqu'il y a accoutumance, ce qui est rare au cas d'embolie.

Rien n'empêche, si le résultat est insuffisant ou trop fugace, de renouveler l'injection le lendemain ou même avant, ce qui est de pratique fréquente au cas d'asthme. Dans les accidents aigus, une seule injection peut suffire mais il n'y a aucun inconvénient à faire 2 ou 3 injections à deux heures d'intervalle et à même dose ; à atteindre ainsi 10, 15 ou même 30 centigrammes. *L'important pour la tolérance des grosses doses est d'injecter très lentement.*

Les incidents semblent nuls ; pour une injection trop rapide, le malade peut se sentir pendant quelques instants ébrieux et vertigineux ; plus rarement on a vu de la pâleur, des nausées, des bourdonnements d'oreille, tous signes très fugaces et contre lesquels on n'a pas à recourir en général à l'huile camphrée caféinée qui semble le traitement de choix.

Les résultats sont habituellement remarquables. Pendant l'injection même survient la détente : cessation de la douleur, de l'angoisse et de la dyspnée ; le pouls se calme, la tension remonte, le facies se recolore, la température s'abaisse. Souvent c'est une guérison définitive mais les rechutes sont justiciables du même traitement, aussi efficace. Les jours suivants apparaissent crachats hémoptoïques et signes stéthoscopiques ; l'évolution mène à la guérison en une vingtaine de jours.

L'important est de diagnostiquer et d'agir vite, sur la notion de probabilité et sans attendre la certitude, trop lente à venir.

Dans les cas bénins (pneumopathies dyspnéisantes bâtardes de Funck Brentano), cas limitrophes entre l'embolie et la « congestion postopératoire », l'injection est presque toujours curatrice.

Dans les embolies non immédiatement menaçantes, l'intraveineuse pratiquée sans retard suffit en général et souvent au prix d'une seule injection.

Dans les embolies graves immédiatement menaçantes où l'obstruction mécanique est présumée importante, on doit faire l'intraveineuse sans hésitation ni retard ; elle a une valeur d'épreuve et est en général curatrice lorsque le spasme a un rôle important. Si c'est l'obstruction qui est prépondérante il s'agit plutôt d'inefficacité que de contreindication puisqu'elle ne provoque aucun effet nuisible. L'artériotomie de Trendelenburg, dernier et hypothétique espoir, pourra, peut-être, dans l'avenir et grâce à la rémission produite par la novocaïne être pratiquée de façon moins aléatoire et plus vraisemblablement utile.

(1) *Gazette des Hôpitaux*, n° 29, 1er septembre 1942, p. 397.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 20 septembre 1943

Action d'un sérum spécifique antitoxique et antimicrobien contre la toxi-infection expérimentale typhoïdique. — M. H. Vincent. — « Depuis la découverte du bacille de la fièvre typhoïde, de nombreuses recherches ont été tentées partout en vue de la production d'un sérum curatif. Elles sont demeurées sans résultat parce qu'elles visaient presque uniquement l'immunisation contre le seul bacille, négligeant la toxine entérotrope et ne comprenant pas, dans leur technique, la toxine neurotrope si importante dont j'ai décrit le caractère ultralabile et les autres propriétés. Or j'ai montré que ces deux toxines commandent les symptômes dominants et les lésions essentielles de la fièvre typhoïde.

« Me fondant sur ces principes, j'ai immunisé des chevaux fournis par l'Etat. Leur sérum a été expérimenté sur des cobayes soumis à la double intoxication par la neurotoxine et par l'entérotoxine. Un autre groupe de cobayes a été inoculé par des races microbiennes rendues hypervirulentes par passages successifs du bacille et injection simultanée d'une solution hypertonique de Na Cl à 10 pour 100 qui neutralise les réactions défensives des animaux. Les témoins de l'un et de l'autre groupes meurent en 10 à 16 heures dans la proportion de 100 pour 100.

« On a, d'autre part, injecté le sérum sous la peau ou dans le péritoine d'autres cobayes auxquels étaient faites, 16 à 18 heures plus tard, ces inoculations toujours mortelles chez les témoins. A la dose de un à cinq centièmes de centimètre cube du sérum dilué dans un centimètre cube d'eau physiologique, le sérum a protégé entièrement tous les animaux. Il importe, en raison de l'évolution suraiguë, presque foudroyante, de la toxi-infection, d'injecter le sérum à une période qui en permette la résorption préalable. Si l'injection de ce dernier est faite deux heures seulement avant l'inoculation, les animaux sont malades et meurent dans la moitié des cas, quoique tardivement. Mais si on injecte le sérum à dose plus élevée (0 cc. 05 à 0 cc. 10) et dans le péritoine et qu'on renouvelle l'injection à trois ou quatre reprises, à 10 minutes d'intervalle, les animaux survivent dans la proportion de plus de 90 pour 100.

« L'activité du sérum a donc été très forte en raison de l'extrême sévérité de cette épreuve.

« Je ferai connaître les résultats observés chez des typhoïsants, ainsi que la technique employée pour l'immunisation des chevaux. En raison des événements, ces chevaux ont malheureusement disparu et n'ont pas été remplacés. »

SOCIETE DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 16 juillet 1943

Rétention intragastrique du bouton anastomotique. — M. Chureau (de Châtillon-sur-Seine), revenant sur cette question à propos d'un cas de ce genre opéré par lui, estime que c'est là une complication rare (9 cas signalés dans la littérature des quinze dernières années). Cependant il n'admet l'emploi du bouton pour la G. E. que les cas réclamant l'extrême urgence et où il faut aller très vite.

A propos d'une salpingite tuberculeuse. — Mme Brian-Garfield relate une intervention pour cette affection qu'elle a terminée par la mise en place d'un Mickulicz et un poudrage aux sulfamides. Elle discute sur l'efficacité de ce traitement.

Les furoncles de la face. — M. Dufourmentel, décrivant les diverses variétés de cette maladie, insiste surtout sur la forme mortelle. Cette dernière est caractérisée par la présence d'un furoncle unique siégeant sur l'aile du nez ou la lèvre supérieure au voisinage immédiat de cette aile. Semblant bénin au début, il donne très rapidement des signes généraux graves qui aboutissent à la mort en trois à six jours. L'hémoculture est constamment positive et donne du staphylocoque doré. Des signes veineux de thrombo-phlébite peuvent apparaître mais ils ne traduisent qu'une complication, qu'ils surviennent ou non, l'issue fatale n'en est pas moins sûre.

INFORMATIONS

(*Suite de la page 290*)

Le tirage au sort a lieu, huit jours au moins avant l'ouverture du concours, par le directeur régional de la santé et de l'assistance ou par son délégué, en présence des représentants des candidats dont le nombre sera fixé par le directeur régional et qui seront désignés par leurs collègues.

Art. 4. — Un ou plusieurs suppléants pourront être désignés dans les conditions fixées par l'article 3 ci-dessus. Ils ne seront appelés à siéger dans les jurys qu'en cas d'absence des membres titulaires.

Art. 5. — Le jury des concours pour le recrutement des internes et des externes en médecine des hôpitaux et hospices publics de chaque région est composé ainsi qu'il suit :

Trois médecins, trois chirurgiens, un gynécologue accoucheur, un oto-rhino-laryngologiste ou un ophtalmologiste.

Art. 6. — Les membres du jury des concours d'internat et d'externat sont désignés dans les conditions fixées aux articles 3 et 4 du présent arrêté.

Art. 7. — Les jurys des concours pour le recrutement des chirurgiens-dentistes des hôpitaux et hospices publics de chaque région sont composés ainsi qu'il suit :

Deux médecins stomatologistes, un médecin oto-rhino-laryngologiste et deux chirurgiens-dentistes.

Les praticiens ci-dessus visés sont désignés par le directeur régional de la santé et de l'assistance parmi ceux en fonction dans les hôpitaux et hospices de la région.

Art. 8. — Le secrétaire général de la santé est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 13 août 1943.

Raymond Grasset.

Pièces à produire par les candidats aux différents postes médicaux et pharmaceutiques des hôpitaux et hospices publics.

Section I

Médecins, chirurgiens et spécialistes

Art. 1er. — Tous les candidats qui désirent prendre part à l'un des concours organisés dans chaque région pour le recrutement des médecins, chirurgiens, spécialistes assistants et assistants d'anesthésie des hôpitaux et hospices publics, doivent déposer à la direction régionale de la santé et de l'assistance, quinze jours au moins avant la date des épreuves, les pièces suivantes, dont il doit être délivré récépissé :

1° Une demande mentionnant leurs nom, prénoms et adresse ainsi que la spécialité dans laquelle ils désirent concourir ;

2° Un extrait d'acte de naissance accompagné de toutes pièces justifiant qu'ils satisfont aux conditions prévues par les lois des 3 avril 1941 sur l'accès aux emplois dans les fonctions publiques, 2 juin 1941 portant statut des Juifs et 11 août 1941 sur les Sociétés secrètes ;

3° Un certificat attestant leur inscription à un tableau de l'ordre national des médecins ;

4° Un exposé de leurs titres scientifiques ainsi que des services antérieurs qu'ils pourraient faire valoir, accompagné de toutes pièces justificatives.

Art. 2. — Les candidats à un poste de médecin, chirurgien ou spécialiste des hôpitaux des villes sièges d'une Faculté ou d'Ecole de médecine de plein exercice doivent fournir en plus des pièces prévues à l'article 1er un certificat attestant qu'ils ont été nommés assistants des hôpitaux, conformément aux dispositions des articles 123 à 127 du décret du 17 avril 1943.

Art. 3. — Les candidats à un poste d'assistant des hôpitaux des villes sièges d'une Faculté ou Ecole de plein exercice doivent fournir en plus des pièces prévues à l'article 1er un certificat justifiant qu'ils remplissent les conditions d'admission au concours telles qu'elles sont prévues par l'article 125 du décret du 17 avril 1943.

Art. 4. — Les candidats à un poste de médecin, de chirurgien ou de spécialiste des hôpitaux et groupements hospitaliers des villes où ne siège pas une Faculté de Médecine ou Ecole de plein exercice doivent, s'ils veulent bénéficier des dispositions de l'article 185 du décret du 17 avril 1943, désigner dans leur demande le poste pour lequel ils désirent concourir.

Section II

Internes et externes en médecine

Art. 5. — Tous les candidats qui désirent prendre part à l'un des concours organisés dans chaque région pour le recrutement des internes et externes des hôpitaux et hospices publics doivent déposer à la direction régionale de la santé et de l'assistance, quinze jours au moins avant la date des épreuves, les pièces suivantes dont il doit être délivré récépissé :

1° Une demande mentionnant leurs nom, prénoms et adresse ;
2° Un extrait d'acte de naissance accompagné de toutes pièces justifiant qu'ils satisfont aux conditions prévues par les lois des 3 avril 1941 sur l'accès aux emplois dans les fonctions publiques, 2 juin 1941 portant statut des Juifs et 11 août 1941 sur les Sociétés secrètes ;
3° Un certificat attestant qu'ils ont été vaccinés contre la diphtérie et contre la typhoïde et récemment revaccinés contre la variole ou un certificat attestant que leur état de santé ne permet pas d'effectuer ces vaccinations.

Art. 6. — Les candidats à l'internat des hôpitaux des villes sièges d'une Faculté ou d'une Ecole de plein exercice doivent fournir en plus des pièces prévues à l'article 5 :
1° Un certificat attestant qu'ils ont accompli dix-huit mois d'externat dans les hôpitaux d'une Faculté ou d'Ecole de plein exercice ;
2° Un certificat d'une Faculté ou Ecole de médecine française attestant qu'ils possèdent douze inscriptions.

Art. 7. — Les candidats à l'internat des hôpitaux des groupements hospitaliers des villes où ne siège pas une Faculté de Médecine ou une Ecole de plein exercice doivent fournir en plus des pièces prévues à l'article 5 un certificat d'une Faculté ou Ecole de Médecine française attestant qu'ils possèdent huit inscriptions.

Art. 8. — Les candidats à l'externat des hôpitaux des villes sièges d'une Faculté ou d'une Ecole de plein exercice doivent fournir en plus des pièces prévues à l'article 5 un certificat d'une Faculté ou Ecole de médecine française attestant qu'ils possèdent quatre inscriptions.

SECTION III

Pharmaciens

Art. 9. — Tous les candidats qui désirent prendre part à l'un des concours organisés dans chaque région pour le recrutement des pharmaciens des hôpitaux et hospices doivent déposer à la direction régionale de la santé et de l'assistance, quinze jours au moins avant la date des épreuves, les pièces suivantes dont il est délivré récépissé :
1° Une demande mentionnant leurs nom, prénoms et adresse ;
2° Un extrait d'acte de naissance accompagné de toutes pièces justificatives justifiant qu'ils satisfont aux conditions prévues par les lois des 3 avril 1941 sur l'accès aux emplois dans les fonctions publiques, 2 juin 1941 portant statut des Juifs et 11 août 1941 sur les Sociétés secrètes ;
3° Un certificat attestant leur incription à une chambre départementale des pharmaciens ;
4° Un exposé de leurs titres scientifiques ainsi que des services antérieurs qu'ils pourraient faire valoir accompagné de toutes pièces justificatives.

Art. 10. — Les candidats à un poste de pharmacien des hopitaux d'une ville de Faculté ou d'Ecole de plein exercice doivent fournir en plus des pièces prévues à l'article 9 un certificat établissant qu'ils ont exercé les fonctions d'interne en pharmacie des hôpitaux d'une ville de Faculté ou d'Ecole de plein exercice pendant deux ans au moins.

SECTION IV

Chirurgiens dentistes

Art. 11. — Tous les candidats qui désirent prendre part à l'un des concours organisés dans chaque région, pour le recrutement des chirurgiens dentistes des hôpitaux et hospices doivent déposer à la direction régionale de la santé et de l'assistance, quinze jours au moins avant la date des épreuves, les pièces suivantes dont il est délivré récépissé :
1° Une demande mentionnant leurs nom, prénoms et adresse ;
2° Un extrait d'acte de naissance accompagné de toutes pièces justifiant qu'ils satisfont aux conditions prévues par les lois des 3 avril 1941 sur l'accès aux emplois dans les fonctions publiques, 2 juin 1941 portant statut des Juifs et 11 août 1941 sur les Sociétés secrètes ;
3° Un certificat attestant leur inscription à la section dentaire d'un conseil de l'ordre des médecins ;
4° Un exposé de leurs titres scientifiques ainsi que des services antérieurs qu'ils pourraient faire valoir accompagné de toutes pièces justificatives.

SECTION V

Internes en pharmacie

Art. 12. — Tous les candidats qui désirent prendre part à l'un des concours organisés dans chaque région pour le recrutement des internes en pharmacie des hôpitaux et hospices doivent déposer à la direction régionale de la santé et de l'assistance, quinze jours au moins avant la date des épreuves, les pièces suivantes dont il est délivré récépissé :
1° Une demande mentionnant leurs nom, prénoms et adresse ;
2° Un extrait d'acte de naissance accompagné de toutes pièces justifiant qu'ils satisfont aux conditions prévues par les lois des 3 avril 1941 sur l'accès aux emplois dans les fonctions publiques, 2 juin 1941 portant statut des Juifs et 11 août 1941 sur les Sociétés secrètes ;
3° Un certificat d'une Ecole de pharmacie française attestant qu'ils possèdent quatre inscriptions ;
4° Un certificat attestant qu'ils ont été vaccinés contre la diphtérie et contre la typhoïde et récemment revaccinés contre la variole ou que leur état de santé ne permet pas d'effectuer ces vaccinations.

Composition de conseils régionaux de l'Ordre des Médecins pour les affaires concernant les chirurgiens dentistes

Région de Paris

M. Besombes, chirurgien dentiste, 17, avenue Niel, à Paris (Seine) ; M. Pelletier-Dutemple, chirurgien dentiste 1, place Victor-Hugo, à Paris (Seine) ; M. le Dr Derain, stomatologiste, 6, place Hoche, à Versailles (Seine-et-Oise) ; M. Poulet, chirurgien dentiste, rue du Parc, à Fontainebleau (Seine-et-Marne).

Région de Châlons-sur-Marne

M. Carre (Raymond), chirurgien dentiste, 14, rue Gambetta, à Epernay (Marne) ; M. Doucet (Robert), chirurgien dentiste, 11 b, place de la République, à Châlons-sur-Marne ; M. le Dr Kleinpeter, stomatologiste, à Langres (Haute-Marne) ; M. Schweitzer (Bernard), chirurgien dentiste, 17, quai des Comtes-de-Champagne, à Troyes (Aube).

Région de Nancy

M. le Dr Barthélemy, stomatologiste, 34, rue Gambetta, à Nancy (Meurthe-et-Moselle) ; M. Petit (Henri), chirurgien dentiste, 11, rue de la Commanderie, à Nancy (Meurthe-et-Moselle) ; M. Vernet, chirurgien dentiste, à Bar-le-Duc (Meuse) ; M. Francin, chirurgien dentiste, 14, quai Boyé, à Epinal (Vosges).

Région de Laon

M. Danhiez, chirurgien dentiste, à Saint-Quentin (Aisne) ; M. Bouche, chirurgien dentiste, à Charleville (Ardennes) ; M. le Dr Poire, stomatologiste, à Compiègne (Oise) ; M. Laine, chirurgien dentiste, à Cerisy-Gailly (Somme).

Région d'Angers

M. le Dr Blanchard, à Nantes (Loire-Inférieure) ; M. Lemercier, à La Flèche (Sarthe) ; M. Michel, 17, rue de l'Alma, à Tours (Indre-et-Loire) ; M. Goyet, à Angers (Maine-et-Loire).
(*J. O.*, 18 septembre 1943.)

Modification à l'arrêté du 4 juin 1943 fixant les conditions d'application aux étudiants en médecine et aux étudiants en chirurgie dentaire de la loi n° 191 du 25 mars 1943 relative à la relève des médecins, pharmaciens et dentistes maintenus en service dans les camps de prisonniers en Allemagne. — Pour l'application de la loi n° 191 du 25 mars 1943, les étudiants en médecine ayant au moins satisfait à l'examen de fin de cinquième année, pourront être requis dans les mêmes conditions que les docteurs en médecine.

Les étudiants en chirurgie dentaire, titulaires de huit inscriptions validées et plus, pourront être requis dans les mêmes conditions que les dentistes diplômés. (*J. O.*, 14 sept. 1943.)

La profession de sage-femme. — Le *Journal officiel* du 22 septembre 1943 publie la loi n° 497, du 14 septembre 1943, relative à l'organisation de la profession de sage-femme. Nous en donnerons le texte dans un prochain numéro.

Cours

Institut de médecine coloniale de la Faculté de Médecine de Paris. — La session de 1943 commencera le 4 octobre et sera terminée le 20 décembre. A la fin des cours de la session, les élèves subissent un examen en vue du diplôme de : « Médecin colonial de l'Université de Paris ».

DISPOSITIONS GÉNÉRALES. — L'enseignement théorique et les démonstrations de laboratoire sont donnés à la Faculté de Médecine (Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine). L'enseignement est organisé de la façon suivante :

Pathologie exotique : MM. Boullard, L.-Ch. Brumpt, Coutelen, Desportes, Lavier, Tanon. — Parasitologie : M. E. Brumpt. — Bactériologie : M. Gastinel. — Ophtalmologie : M. Velter. — Hygiène et épidémiologie exotique : MM. H. Benard, Bouffard, Langeron, Lemierre, Poserski, Tanon. — Maladies cutanées : M. Gougerot. — Chirurgie des pays chauds : M. Lenormant. — Règlements sanitaires : M. Tanon. — Chefs de travaux : M. Navarre : Diagnostics bactériologiques. — M. Bonnet : Technique bactériologique. — M. Brumpt : Parasitologie.

L'enseignement est à la fois théorique, pratique et clinique. Seront admis à suivre les cours de l'Institut de médecine coloniale : 1° Les docteurs en médecine français ; 2° Les étrangers pourvus du diplome de doctorat universitaire français, mention : médecine ; 3° Les docteurs étrangers, pourvus d'un diplôme médical étranger admis par la Faculté de Médecine de Paris ; 4° Les étudiants en médecine des Facultés françaises pourvus de vingt inscriptions, sans distinction de nationalité ; 5° Les internes en médecine des hôpitaux, à quelque degré qu'ils soient de leur scolarité.

Droits à verser : Un droit d'immatriculation, 300 fr. ; Un droit de bibliothèque, 200 fr. ; Droits de laboratoires (parasitologie, bactériologie, clinique, etc.), 1.500 fr. ; Deux examens gratuits. Les inscriptions sont reçues au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), à partir du 25 septembre.

ORDRE DES MEDECINS

Conseil du Collège Départemental de la Seine

Paris, le 7 septembre 1943.

Monsieur le Rédacteur en chef et cher Confrère,

Par suite d'une erreur administrative, l'alinéa 2 du communiqué qui vous a été adressé le 18 août a été sauté, ce qui fait que l'alinéa 3 ne répond pas au premier alinéa et rend ce communiqué incompréhensible.

Nous vous serions obligés de bien vouloir rétablir le texte exact en publiant intégralement le communiqué ci-joint.

Avec nos excuses et nos remerciements, je vous prie d'agréer l'assurance de mes sentiments dévoués.

Le Secrétaire Général,
Membre du Conseil du Collège de l'Ordre,
Dr LAFAY.

De différents côtés on signale que des organismes divers (Caisses d'Assurances sociales, Assurances-Cadres, Assurances-Vie notamment) demandent aux assurés ou aux héritiers de leurs assurés, sous une forme qui en impose pour une obligation, des certificats émanant des médecins traitants et comportant indication du diagnostic, de la nature de l'opération pratiquée ou de la cause de la mort.

Avec une fréquence qui va croissant, ces indications sont même demandées directement aux médecins traitants, « à titre confidentiel » est-il spécifié par des médecins contrôleurs qui savent fort bien, cependant, qu'ils ont le devoir de rapporter à leur mandant les renseignements qu'ils auraient ainsi recueillis : un tel subterfuge doit donc être dénoncé afin que la bonne foi des médecins ne soit pas surprise.

Aussi, l'Ordre des Médecins de la Seine rappelle aux médecins traitants qu'à moins de manquer délibérément à leur règle professionnelle et de s'exposer de ce fait à tomber sous le coup de l'article 378 du Code pénal, ils ne doivent pas répondre à ces sollicitations. Celles-ci sont d'ailleurs parfaitement inutiles, puisque les organismes payeurs ont le droit et la possibilité d'exercer par leurs propres moyens leur contrôle sur leurs assujettis, ce qui exclut toute participation, directe ou indirecte, des médecins traitants à ce contrôle.

A leurs malades, par contre, les médecins peuvent, en certains cas, donner, par le moyen d'une lettre — document privé qui est et doit demeurer la propriété du destinataire — certains des renseignements médicaux que les malades peuvent leur demander. Mais ils doivent le faire avec une grande circonspection et guidés par un constant souci du sentiment d'humanité. LE CONSEIL DU COLLÈGE DE L'ORDRE.

Prophylaxie des maladies vénériennes

Le Conseil du Collège départemental de la Seine de l'Ordre des Médecins a été saisi par la Direction Régionale de la Santé et de l'Assistance à Paris de la lettre ci-dessous qu'il s'empresse de porter à la connaissance du Corps médical parisien :

Monsieur le Président,

La loi du 31 décembre 1942 sur la prophylaxie des maladies vénériennes prévoit que des médecins consultants agréés seront chargés d'examiner les personnes suspectées (article 13), et d'assurer la surveillance médicale des malades, définie à l'article 16.

Le décret du 20 juillet 1943 vient de prescrire l'établissement d'une liste départementale de médecins agréés qui sera soumise à l'avis du médecin consultant de vénéréologie.

Je vous serais obligé de vouloir bien faire connaître au Corps médical par une communication insérée dans une prochaine circulaire d'information que les listes de médecins agréés vont être établies prochainement.

Il appartiendra aux médecins qui désireraient être agréés pour l'examen des vénériens de présenter leur candidature avec un exposé de leurs titres.

Je vous serais reconnaissant de réunir les dossiers de candidatures et de me les transmettre en y joignant l'avis du Conseil du Collège départemental de l'Ordre.

Veuillez agréer, Monsieur le Président... »

En conséquence, nos confrères que cette communication intéresse sont priés de bien vouloir faire parvenir leur candidature au Secrétariat de l'Ordre des Médecins du département de la Seine, 242, boulevard Saint-Germain, Paris (7e).

Prophylaxie de la paralysie infantile

Sur la demande du Secrétariat d'Etat à la Santé, le Conseil du Collège départemental de la Seine de l'Ordre des Médecins a été prié, en raison de l'extension de la poliomyélite antérieure aiguë, de porter à la connaissance du Corps médical de la Seine la note ci-dessous, concernant la prophylaxie de la paralysie infantile :

« Les études de Schultz et Gebhardt, entre autres, ont montré que la contagion de la poliomyélite se faisait exclusivement par la muqueuse nasale.

Armstrong et Harrison ont montré qu'on pouvait rendre cette muqueuse résistante à la pénétration du virus de la poliomyélite par la pulvérisation répétée quatre fois, à deux jours d'intervalle, d'un mélange fraîchement préparé et en proportions égales des deux solutions suivantes :

A : Acide picrique............ 1 gramme
Eau salée physiologique... 100 c.c.

B : Alun de soude............ 1 gramme
Eau salée physiologique... 100 c.c.

Mode d'emploi : Une cuillerée à café de chaque solution est versée dans un vaporisateur (vaporisateur ordinaire, de toilette par exemple). La pulvérisation du mélange est faite dans chaque narine (la pointe du vaporisateur étant orientée en haut et en arrière, à 45° environ) jusqu'à sensation d'amertume dans l'arrière-gorge.

La vaporisation sera répétée le 3e, le 5e et le 7e jour.

La durée de la protection conférée par une série de vaporisation paraît être de plusieurs mois. »

Le Directeur-Gérant : Dr François LE SOURD.
Imp. Tancrède, Paris - 31.1089 (Autorisation n° 83)

N° 20. — 10 OCTOBRE 1943 116e ANNEE Ce numéro : 2 francs.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT. — Un an : France et Colonies, 75 fr. Etudiants, 40 fr. ; Etranger : 1re zone, 110 fr., 2e zone, 125 fr. Chèques postaux : Paris 2538-76

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

POUR NOS ABONNÉS DE LA ZONE NON OCCUPÉE, adresser renouvellements et toutes communications aux Messageries Hachette, 12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône) *Chèques postaux : Lyon 218* (Service *Gazette des Hôpitaux*)

SOMMAIRE

Bi-hebdomadaire paraissant provisoirement deux fois par mois

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris

Concours de l'Internat 1943 (épreuve écrite)

ANATOMIE. — *Question sortie :* N° 4. Développement et anatomie de l'arrière cavité des épiploons.

Questions restées dans l'urne : N° 1. Tronc de l'artère carotide interne, sans la physiologie ni histologie. — N° 2. Rapports de l'œsophage à partir de son entrée dans le thorax et physiologie de l'œsophage sans histologie. — N° 3. Configuration extérieure et rapports du corps thyroïde sans embryologie ni histologie. Action physiologique de l'hormone thyroïdienne sur la nutrition. — N° 5. Veine cave inférieure sans histologie ni physiologie. — N° 6. Artère fémorale et ses branches sans physiologie ni histologie. — N° 7. Rapports du rectum chez l'homme sans physiologie ni histologie. — N° 8. Artères de la jambe sans physiologie ni histologie. — N° 9. Configuration extérieure et rapports de la parotide avec physiologie sans histologie.

PATHOLOGIE MÉDICALE. — *Question sortie :* N° 8. Symptômes, diagnostic et traitement des embolies pulmonaires.

Questions restées dans l'urne : N° 1. Signes, diagnostic et traitement de la méningite cérébro-spinale. — N° 2. Symptômes, diagnostic et traitement des paralysies diphtériques. — N° 3. Symptômes, diagnostic et traitement des œdèmes aigus du poumon. — N° 4. Symptômes et diagnostic du goître exophtalmique. — N° 5. Symptômes et diagnostic du pneumothorax spontané, généralisé de l'adulte. — N° 6. Symptômes et diagnostic des endocardites malignes lentes. — N° 7. Symptômes, diagnostic et traitement de la poliomyélite antérieure aiguë. — N° 9. Symptômes et diagnostic des cirrhoses alcooliques du foie.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE. — *Question sortie :* N° 5. Signes et diagnostic de l'occlusion intestinale aiguë.

Questions restées dans l'urne : N° 1. Signes, diagnostic et indications thérapeutiques des contusions de l'abdomen. — N° 2. Signes, diagnostic et indications thérapeutiques des plaies pénétrantes de poitrine. — N° 3. Symptômes et diagnostic du cancer du col de l'utérus. — N° 4. Signes et complications du cancer du gros intestin (rectum excepté). — N° 6. Complications de l'avortement et leurs indications thérapeutiques. — N° 7. Signes, diagnostic et complications des hernies inguinales (sans le traitement). — N° 8. Signes et évolution de l'appendicite aiguë. — N° 9. Fractures du col du fémur.

RÉPARTITION DE MM. LES MEMBRES DU JURY EN SECTIONS. — Anatomie : Un médecin, M. Moussoir ; deux chirurgiens, MM. Berger et Blondin ; un spécialiste, M. Aubry (Première séance, mardi 12 octobre, à 17 heures, à l'Hôtel-Dieu). — Pathologie médicale : Quatre médecins, MM. Binet, de Gennes, Clément, Cachera (Première séance, jeudi 14 octobre, à 17 heures, à Necker). — Pathologie chirurgicale : Trois chirurgiens, MM. Métivet, Ameline, Gosset ; un accoucheur, M. Grasset (Première séance, vendredi 15 octobre 1943, à 17 heures, à Laënnec).

Concours de chirurgien des hôpitaux (Cinquième concours ouvert pour une place). — Liste de MM. les membres du jury par ordre du tirage au sort : MM. les Drs Mocquot, Raymond Bernard, Welti, Michon, Gueullette, Martin (honoraire), Boppe, Robert Monod, Braine, Oberlin, Pierre Bourgeois, médecin.

Concours pour la nomination à une place d'OPHTALMOLOGISTE des Hôpitaux de Paris. — Ce concours sera ouvert le vendredi 5 novembre 1943. MM. les candidats seront prévenus par lettre du lieu et de l'heure de la première épreuve.

Les inscriptions seront reçues du jeudi 14 octobre 1943 au vendredi 22 octobre 1943 inclusivement, de 15 à 17 heures (samedis, dimanches et fêtes exceptés), à l'Administration Centrale, 3, avenue Victoria, Bureau du Service de Santé (escalier A, 2e étage). Les candidats absents de Paris ou empêchés pourront demander leur inscription par correspondance.

Pour tous renseignements concernant les conditions du concours, s'adresser à l'Administration Centrale, 3, avenue Victoria (Bureau du Service de Santé), de 15 à 17 heures (samedis, dimanches et fêtes exceptés).

Concours pour la nomination à deux places d'ASSISTANT D'OPHTALMOLOGIE des Hôpitaux de Paris. — Ce concours sera ouvert le vendredi 21 janvier 1944, à 9 heures, à l'Administration Centrale, salle du Conseil de Surveillance, 3, avenue Victoria, deuxième étage. Cette séance sera consacrée à l'épreuve théorique écrite.

MM. les Docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire à l'Administration Centrale, 3, avenue Victoria (escalier A, 2e étage), tous les jours (samedis, dimanches et fêtes exceptés), de 14 à 17 heures, depuis le mardi 28 décembre 1943 jusqu'au vendredi 7 janvier 1944 inclusivement.

Répartition dans les services hospitaliers de MM. les ÉLÈVES INTERNES EN MÉDECINE pour le deuxième semestre de l'année 1943-1944.

MM. les élèves internes en médecine actuellement en fonctions et sans place pour le second semestre et les externes en premier sont prévenus qu'il sera procédé, aux jours et heures fixés ci-après, à l'Hôpital Laënnec, 42, rue de Sèvres (salle des consultations de spécialités), à leur répartition dans les établissements de l'Administration pour le deuxième semestre de l'année 1943-1944, savoir :

Internes en médecine, le jeudi 21 octobre 1943, à 15 heures.

Externes en premier, le vendredi 22 octobre 1943, à 16 heures.

N.-B. — MM. les élèves seront appelés suivant leur numéro de classement aux concours.

Hospice National des Quinze-Vingts. — Il est ouvert à la clinique ophtalmologique de l'Hospice National des Quinze-Vingts, à partir du 2 novembre 1943 :

1° Un concours pour deux emplois d'assistant de clinique ;

2° Un concours pour cinq emplois au moins d'assistant de clinique adjoint ;

3° Un concours pour huit emplois au moins d'aide de clinique, dont deux au titre étranger.

Les inscriptions pour les trois concours seront reçues au secrétariat de l'Hospice National des Quinze-Vingts, 28, rue de Charenton, tous les jours, sauf les samedis après-midi, dimanches et jours fériés, de neuf heures à onze heures et de seize heures à dix-huit heures, jusqu'au samedi 23 octobre 1943.

Pour tous renseignements s'adresser au secrétariat de l'Hospice National des Quinze-Vingts.

Faculté de Médecine de Paris

M. Portes, professeur titulaire de la chaire de clinique obstétricale Tarnier est transféré à la date du 1er octobre 1943 dans la chaire de clinique Baudelocque en remplacement de M. le Professeur Couvelaire, retraité.

Sont prorogés MM. les Professeurs agrégés Boulin, Lemaire, Mouquin et Turpin (pathologie médicale) ; Wilmoth (pathologie chirurgicale) ; Lacomme et Lantuéjoul (accouchements).

Sont renouvelés agrégés : MM. Calvet (anatomie), en remplacement du Professeur Mulon, retraité ; Bargeton (physiologie), en remplacement de M. Gayet, décédé ; Aubin (A. R. L.).

Sont chargés du service des chaires de clinique obstétricale : M. Lacomme ; de clinique urologique : M. Fey ; de clinique des maladies mentales et de l'encéphale : M. Delay.

Liste par ordre de mérite des étudiants qui, en raison de leur rang de classement à l'examen-concours de première année, sont proposés à M. le Ministre pour l'admission en deuxième année :

MM. Morau, Hillemand, Bouchard, Cottenot, Maurer, Mlles Py et Jolly, MM. Foissin, Mulsan, Jagailloux, Baud, Sabouraud, Lefort, Legrain, Guignard, Mlle Nasse, MM. Lesage, George, Vivien, Fouche, Laennec, Mlle Marchant, MM. Pellerin, Petitjean, Hulot, Helouin de Menibus, Duvernay, Garbay, Hazemann, Le Besnerais, Mlle Marchal, MM. Roussilhon, Brizon, Denjoy, Magerand, Ragot, Turillot, Vannieuvenhuyse, Mathis, Banchard, Allard, Dorenlot, Hamon, Pellerin, Mlle Viquier, MM. Couvreur, Leroy, Lagrue, Pellet, Pelletier.

MM. Triboulet, Quenevat, Tourgis, Arthuis, Decourt, Mlle Foisy, MM. Roux, Sellier, Arsac, Damoiseau, Deramond, Dupoux, Goudal, Mlles Jeanne et Lefebvre, MM. Vieux, Pillet, Cauchois, Mielle, Desmazières, Mlle Fournet, MM. Gonin, Arène, Gavel, Haranger, Mlle Rivet, M. Durand, Mlle Larquier, M. Messager, Mlle Neyrat, M. Daussy, Mlle Martin, MM. Remond, Beisson, Chartier, Collot, Laurent, Polony, Ziegler, Bouchard, Boussard, Casanouve, Massip, Mlle Menant, MM. Griffe, Delattre, Mlle Greder, MM. Guyard, M. Thébaut, Vacher, Mlle Bouteloup, MM. Durand, Porte, Mlle Abels, MM. Degorge, Dupré, Languille, Rouillard, Boucher, Cabail.

MM. Cendron, Chaillot, Mlle Mang, MM. Seigneur, Aschheim, Bénard, Mlle Gobert, MM. Landrieux, Raybois, Mlles Debuc, Ghilain, MM. Mazaltov, Reynaud, Darrouzet, de la Forest-Divonne, Diacre, Duvoos, Massart, Poinot, Roberti, Vignes, Caubet, Oarde, Mlle Charron, MM. Merchier, Goselin, Nicolas, Lyet, Delaborde, Roudot, Léger, Mathé, Mlle Rieu, MM. Schmitt, Thuilliez, Buchet, Mlle Chrétien, M. Colas Belcour, Mlle Hausselin, MM. Jousset, Roge, Bellanger, Mlle El Melik, MM. Escourolle, Gonnet, Mlle Jean, MM. Lépine, Ray, Bussière, Castan, Glaezert, Hinzelin, Mlles Huot, Louvet, M. Vincent, Mlle Weissenbach, MM. Beis, Coty, Mlles Croix et Gobet.

MM. Hamery, Lebrun, Louvot, Minot, Porcher, Bejot, Landois, Plaisance, Vaille Butez, Mlle Fidon, M. Langlade, Mlles Mougeot et Perrin, MM. Baudon, Dubost, Evrard, Perrot, Blondet, Boudot, Bruntz, Chaix, Mlle Clémentel, MM. Radigon, Renaux, Delhalle, Mlle Descala, M. Ecalle, Mlle Jouy, MM. Lesage, Baron, Bonnet, David, Mlle de Schonen, M. Hervieux, Mlle Martinet, MM. Rigault, Tronche, Fleury, Aicardi, Auriche, Barrès, Longnos, Reversat, Smirnoff, Mlle Thuault, MM. Bogdanowsky, Clay, Mlles Conil et Damlanian, MM. Deluzenne, Heuyer, Holveck, Lefebvre, Longchambon, Millet, Mlle Niox-Château, MM. Rieblinck, Valeyre, Mlle Wagnon.

Mlles Guérin-Beaupré et Pescadou, MM. Roidot, Sauvan, Mlles Simon et Ducoulombier, M. Ganty, Mlle Lafond, MM. Mathet, Tassin, Lavril, Aubert, Mlle Castan, MM. Hannequin, Hascoet, Lequerleur, Mlle Virnot, M. Benoit, Mlles Duporte et Frossard, MM. Le Tarnec, Sesboue, Mlle Sirounian, MM. Bernard, Caille, Champavier, Mme Grunberg, MM. Métant, Morel, de Lacoste de Laval, Bourigault, Dazzi, Eddine, Mlles Le Baut, Limichin et Mérel, MM. Schoeller, Seguinot, Roucayrol, Mlle Vandevel, MM. Flandrin, Coppin, Damasio, Desjardins, Devouge, Fourre, Hauville, Jousselin, Mlles Lebret et Louis, MM. Maulme, Piel, Poisson, Revert, Santagostini, Andrieu, Bertier, Bonifay, Chambraud, Pédailles, Mlle Reinert, MM. David, Descamps, Lamand, Lecouturier, Lelasseux, Mlle Léo, MM. Michaux, Nentas, Priollet.

MM. Rapaud, Beaufour, Cordier, Deroche, Mlle Nectoux, M. Pestel, Mme Remondon, MM. Thierrée, Jaulnes, Tisseuil, Mlles Dargassies et Baldenweck, MM. Castanier, Dalibard, Decaudin, Henne, Mlle Messire, MM. Nadal, Lange, Riacchi, Devallois, Asthié, Bonamour, Mlle Denis, MM. de Souza Rebellovahia, Laratte, Lefrançois, Martin, Mary, Mazuet, Morand, Morisseau, Mlle Narcy, MM. Thoreux, Bardin, Mlles Couder et Raveau, MM. Begon, Dupin, Mlle Dupuy, M. Flament, Mlle Mallet, MM. Manière, Poirier de Clisson, Préaux, Ackermann, Chardin, Florent, Laurent, Mlle Muller, MM. Nordin, Pouch, Sausy, Mlle Sentenach, MM. Tremblay, Vinchent, Mlle Blanc-Tailleur, MM. Bracq, Schuisano, Mlle Crépeaux.

Mlle Dubost, MM. Ficher, Grellier, Grossin, Krebs, Paris, Mlle Prévost, MM. Boncour, Colinet, Mlle Fridberg, M. Janots, Mlle Motreul, M. Rémy, Mlle Villemin, MM. Chardin, Baget, Mlle Beaugendre, MM. Cramer, Debard, Giscard, Gosset, Mathé, Mlles Ostrowska, Riva et Tangas-Pellerin, M. Triki, Mlle Aujard, MM. Bonjean, Bréant, Carré, Hallez, Lambert, Lehmann, Schlicklin, Mlle David, M. de Rivière, Mlle Devin, MM. Egler, Gaudin, Personne, Thieulet, Mlle Jud, M. Fouche, Mlles Guyon et Laulanie, M. Lembeye, Mlle Tylhet, MM. Aigouy, Bassot, Berthé, Chevalier, Malézieux, Mauvais, Riet, Schmitt, Valleteau de Moulliac, Vignaud, Bault, Bellon, Decaudaveine, Mlle Garabadian, MM. Guibourt, Mérot, Tessier, Vexenat, Marchegay, Adam, Chauvet, Mlles Denemark et Fosse.

MM. Guillemet, Hinard, Langlasse, Pajault, Fay Keller, Gressier, Deramond, Abduscheli, Berger, Brasseur, Mlle Faivre, MM. Fauvel, Fichou, Jaccon, Mlle Lhermitte, MM. Meunier, Roy, Valentin, Mlle de Lagarde, MM. Julien, Rosey, Vincent, Mlle Antoine, MM. Bonot, Chabot, Fayot, Mlle Magrin, MM. Malnou, Patisson, Rouzault, Testard, Benezech, Gaudin, Guestre, Maury, Bilhaut, Bourch, Bouton, Martin, Saglier, Mlle Servas, MM. Bocquillon, Bernardini, Chalvet, Cotillon, Mlle Dagorn, M. Dauzet, Mlle Jaouen, MM. Meunier, Micholet, Repesse, Calvet, Mlle Charby, MM. Chauvet, Desprairies, Gelé, Hardy, Loubrières, Robelin, Vennat, de Flue, Mlle Bentz, M. Dilon, Gerphagnon, Notari, Chudde, Mlle Dupetit MM. Metzger, Mougel, Picard, Mlles Quiniou et Badelon, M. Bardet, Mlles Benoit et Blanchet, MM. Delhen, Gantier, Girond, Nicol, Erb.

M. Chalopin, Mlles Clogeson et Dauzolles, MM. Clairambeau, Cordebart, Mlle Riegel, MM. Velu, Argent, Le Grand, Mlles Marrast, Moreau-Lalande, MM. Ramette, Vercel, André, Bergstrom, Estager, Miesch, Mlle Molinier et Ségaux, MM. Courard, Drieux, Faurent, Garreau, Hummel, Mlle Levyne, M. Sauze, Mlle Dodinot, MM. Pialoux, Duval, Gouère, Jouvet, Mlle Larigot, MM. Libert, Morvan, Pesnel, Mlle Courtet, MM Genin, Lambert, Recoin, Galluchon, Boutin, Cistrie, Mlle Closier, M. Loiseleur des Longchamps, Mlle Giraut, M. Louvet, Mlle Mathenet, M. Pette, Mlles Poitrine et Tenart, MM. Veyron, Dain, Mlle Dubuisson, MM. Guillemot, Jeager, Laufer, Le Quellec, Mlle Margueritat, M. Lescaroux.

(*Voir suite page 314*).

Les pertes médicales au cours des bombardements de Nantes

Un de nos confrères de Nantes nous écrit une lettre poignante sur les derniers bombardements de Nantes qui ont coûté la vie à huit médecins et à plus de douze infirmières ou religieuses de l'Hôtel-Dieu.

« Tout est bouleversé à Nantes, écrit-il, et les hommes de mon âge n'assisteront qu'au début de la renaissance de Nantes qui demandera bien des années. L'Hôtel-Dieu est détruit, l'Ecole de Médecine est démolie en grande partie, les laboratoires sont hors de service, on ne sait encore en quel état est la bibliothèque. On parle d'établir l'Ecole à Châteaubriant ou même à Angers..., mais quand pourra-t-on faire la rentrée ?

« Voici quelques noms de médecins tués : le Dr Pierre Riou, tué à l'Hôtel-Dieu avec deux internes, Henri Brilland et Mlle Tesson.

Le Dr Pierre Vincent, ancien interne des Hôpitaux de Paris (1934) et chirurgien des hôpitaux, a été tué chez lui ainsi que le Dr Blineau et le Dr L. Patoureau.

Les Drs Attimont (de Haute-Goulaine) et Dufouloy (de la Planche), de passage à Nantes, ont été également tués.

Douze religieuses ou infirmières auraient été tuées à l'Hôtel-Dieu, mais on manque de renseignements précis, le téléphone ayant été coupé et les courriers étant très irréguliers... »

Parmi les blessés se trouve notre collègue et ami, le Professeur Brelet, qui a été enseveli sous les décombres de l'Hôtel-Dieu et dégagé après plusieurs heures. Il a été sérieusement blessé à la tête mais il est en bonne voie et a pu lui-même nous donner de ses nouvelles. Le Dr Duverger a été également blessé aux côtés du Professeur Brelet. Beaucoup de malades ont été blessés ou tués.

Devant ces ruines, ces deuils et ces douleurs, il y a mieux à faire que de s'émouvoir. Il faut agir et venir en aide aux confrères sinistrés.

A Nantes, il y a seize médecins au moins qui ont tout perdu.

Notre confrère le « Concours Médical », le premier, a fait un geste généreux qui ne surprendra pas de sa part. Rappelons donc, avec lui, qu'il existe à l'Association Générale des Médecins de France (60, boulevard de la Tour-Maubourg), une caisse de secours pour les médecins sinistrés. L'A. G. est bien qualifiée pour centraliser et répartir les dons des confrères toujours prêts aux actes de solidarité professionnelle.

F. L. S.

ORDRE DES MEDECINS

Communiqué du Comité de Coordination des Collèges départementaux de l'Ordre des Médecins de la Région Parisienne.

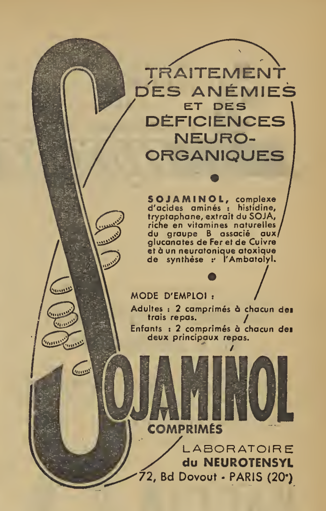
Les délégués des Conseils des Collèges départementaux de la Seine, Seine-et-Marne, Seine-et-Oise et Oise se sont réunis, le 12 septembre 1943, au siège de l'ancienne Commission Régionale et ont décidé de créer un nouveau Comité de Coordination pour l'étude des questions communes qui peuvent les intéresser.

Le Bureau a été ainsi composé : Président : Dr Larget (Seine-et-Oise) ; Vice-présidents : Dr Tissier-Guy (Seine), Dr Woimant (Oise) ; Trésorier : Dr Duvelleroy (Seine). Le secrétaire général sera désigné au cours de la prochaine séance.

Ont été spécialement chargés des questions :
D'assurances sociales, le Dr Aumont ;
D'hôpitaux, le Dr Tissier-Guy ;
De dispensaires, le Dr Bidegarray ;
De médecine du travail, le Dr Barthe ;
D'A. M. G. et article 19, le Dr Sorin ;
De maisons de santé, les Drs Bussard et Desgranges.

Le Dr Coquin, secrétaire administratif, continue comme par le passé à exercer ses fonctions.





TRAITEMENT
DES ANÉMIES
ET DES
DÉFICIENCES
NEURO-
ORGANIQUES
SOJAMINOL, complexe d'acides aminés : histidine, tryptophane, extrait du SOJA, riche en vitamines naturelles du groupe B associé aux glucanates de Fer et de Cuivre et à un neuratonique atoxique de synthèse : l'Ambatolyl.
MODE D'EMPLOI :
Adultes : 2 comprimés à chacun des trois repas.
Enfants : 2 comprimés à chacun des deux principaux repas.
SOJAMINOL
COMPRIMÉS
LABORATOIRE
du NEUROTENSYL
72, Bd Davout - PARIS (20e)

REVUE GENERALE

FORMES CLINIQUES
DE LA
TÉTANIE DE L'ADULTE

par le Professeur H. Roger (de Marseille)

La tétanie n'est pas l'apanage de l'enfance. Elle se rencontre, il est vrai, plus rarement, à l'âge adulte, et dans des circonstances assez diverses.

Si Dance paraît l'avoir le premier décrite sous le nom d'accès intermittents de tétanos, c'est Trousseau qui en a donné la meilleure description chez les mères allaitant leur nourrisson à la Crèche de l'Hôtel-Dieu de Paris ; il l'avait appelée contracture rhumatismale des nourrices, avant d'adopter le terme de tétanie inventé par Corvisart.

Après qu'Erb eut montré le rôle de l'hyperexcitabilité électrique et Chvostek celui de l'hyperexcitabilité mécanique, la tétanie de l'adulte s'enrichit en 1882 des données pathogéniques importantes dues à la chirurgie du goître : Reverdin et Kocher la voient, en même temps que le myxœdème, compliquer certaines thyroïdectomies totales, qui ont abouti à l'ablation concomitante des parathyroïdes. La théorie parathyroïdienne est développée en particulier dans la thèse d'Harvier (Paris 1909).

Après les travaux de Mac Callum et Voegtlin sur les troubles du métabolisme calcique la tétanie reste surtout le domaine des pédiatres ; elle s'enrichit en France des beaux travaux de Lesné, de Turpin (de Paris), de Rœhmer (de Strasbourg). Ce n'est que de loin en loin que divers auteurs publient des observations et des travaux concernant la tétanie de l'adulte.

A l'aide de ces divers cas et de nos faits personnels, nous allons essayer d'entreprendre son étude clinique.

Nous envisagerons sa séniologie (crises paroxystiques, fonds tétanique), avant de passer à la description des formes cliniques, que nous classerons suivant la localisation des symptômes, leur intensité et leur évolution, l'étiopathogénie.

ETUDE SEMIOLOGIQUE

La crise tétanique. — La contracture intermittente se traduit par un spasme des extrémités, spasme carpo-pédal.

Aux *extrémités supérieures*, la main prend, chez l'adulte, le type de main d'accoucheur (Trousseau) : pouce en adduction forcée, paume de la main creusée, doigts légèrement fléchis au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes s'étendant et se ramassant sous le médius.

Il est plus rare de rencontrer deux autres attitudes plus particulières à l'enfant : main en pronation légère, inclinée sur le bord cubital, pouce rabattu, doigts légèrement fléchis et pressés les uns contre les autres, main ramassée en forme de poing.

En dehors de l'extrémité elle-même, tout le membre, dans les crises un peu fortes, participe au spasme : coude collé contre le tronc, avant-bras vertical, poignet à angle aigu, dans la position du chien « Azor » qui fait le beau, position « azorienne ».

Aux *extrémités inférieures*, moins souvent ou moins intensément touchées, le pied est en *varus équin*, les orteils fléchis vers la plante, ramassés vers la ligne médiane, le gros pouvant passer sous les autres doigts.

Ici aussi, il y a souvent des contractures de la jambe, étendue ou parfois fléchie sur la cuisse.

A la face, c'est la projection des lèvres en avant, en museau de carpe (Escherich) et accessoirement un froncement du front accentuant les rides, un abaissement de la commissure labiale, un trismus qui complètent le facies tétanique.

Plus rarement la contracture se généralise au cou, avec renversement de la tête en arrière.

Durant la crise, le muscle est dur, rigide. Non seulement le malade ne peut mobiliser volontairement ses doigts, mais on doit exercer un effort assez violent pour les décrocher ; dès qu'on cesse cette pression, ceux-ci reviennent aussitôt à leur position de départ.

A côté de cet élément moteur, il faut souligner, chez l'adulte, un *élément douloureux*, une sensation crampoïde de serrement, de tension pénible qui accompagne la contracture et fait redouter la crise au malade, et un *élément psychique* à type d'angoisse, qui persiste tant que le spasme n'est pas terminé.

L'accès débute généralement d'une manière assez brusque ; il dure de quelques minutes à quelques heures. Il se répète plusieurs fois par jour, prend souvent un type subintrant (attaque de tétanie). Il est habituellement bilatéral et symétrique, quoique prédominant plus ou moins d'un côté.

Il survient spontanément. Mais il est parfois déclenché par le refroidissement, par un facteur psychique, par une excitation extérieure, bruit inopiné, lumière vive, attouchement brusque, contact d'un corps froid.

Le fonds tétanique. — Dans l'intervalle des crises, la tétanie se caractérise par un *fonds d'hyperexcitabilité neuro-musculaire*, mis en évidence par des excitations mécaniques, électriques ou chimiques, par un fonds psychique à type d'irritabilité et par un fonds humoral à type de déficit calcique.

1° Hyperexcitabilité neuro-musculaire. — a) *Mécanique.* — La percussion d'un nerf avec le marteau à réflexes déclenche une vive contraction immédiate du muscle qu'il commande, comme si on l'excitait par un courant électrique interrompu brusquement. Un léger choc porté au devant du conduit auditif externe, ou bien à la région malaire, vers le milieu de la ligne réunissant la commissure labiale au lobule de l'oreille, détermine un spasme brusque des muscles de la face et en particulier de la commissure labiale. *Ce signe de Chvostek*, qu'il ne faut pas confondre avec le phénomène de la « moue » due à l'excitation directe de l'orbiculaire des lèvres, a toutefois beaucoup moins de valeur que chez le nourrisson et chez le jeune enfant ; chez le grand enfant et chez l'adulte, il est fréquent dans les cas où, en dehors de toute tétanie, il y a un trouble de l'équilibre acido-basique dans le sens de l'alcalose.

Du signe de Chvostek rapprochons le signe de Weis, contraction du frontal et de l'orbiculaire des paupières par percussion du facial supérieur à l'angle externe de l'orbite ; le signe de Lust, abduction du pied avec flexion dorsale par percussion du sciatique poplité externe au niveau du col du péroné.

Plus particulier à l'adulte est le *signe de Trousseau.* La striction du bras par un lien, ou mieux par le brassard de l'appareil à tension, est suivie, quand elle est prolongée de 2 à 4 minutes, d'une crise de tétanie typique de la main.

b) *Electrique* (Erb). — Le nerf moteur est hyperexcitable au courant électrique, alors que le muscle répond dans les limites habituelles. Au faradique, un courant très faible, inférieur à un milliampère, suffit à exciter le nerf cubital ; au galvanique, la secousse d'ouverture et de fermeture s'obtient avec une intensité bien inférieure à la normale, moins de 5 milliampères pour le courant de fermeture. Il y a abaissement du seuil.

La chronaxie, au maximum de la crise, dépasse de 3, 6, 10 fois sa valeur habituelle ; elle redevient subnormale après la crise, avec tendance à varier dans le sens de l'augmentation et avec tendance au galvano-tonus. Turpin et Lefebvre, étudiant récemment l'électro-myogramme au cours de la tétanie, trouvent une modification de l'activité électrique spontanée du muscle et proposent l'index galvano-tonique comme test d'intensité des troubles tétaniques. Pour ces auteurs, « la contracture tétanique semble dépendre d'une part d'un fonctionnement auto-rythmique du neurone moteur périphérique que l'on peut résumer par l'indice galvanotonique et d'autre part d'un trouble de la jonction neuromyonique, dont la chute de l'activité cholinestérasique au cours de la crise serait le reflet ».

c) *Chimique.* — L'épreuve de l'hyperpnée (Collip, Grant et Goldmann) provoque facilement, au bout de 10 à 15 minutes, une crise de tétanie, non par le mécanisme de l'anoxémie, mais par suite de l'alcalose et de la carence en ions calciques qu'elle provoque (Turpin et Guillaume).

Mentionnons, à côté de l'hyperexcitabilité des nerfs, une vivacité anormale des réflexes tendineux.

2° Fonds psychique. — Les tétaniques présentent souvent dans l'intervalle des crises un état psychique particulier fait d'irritabilité, d'impressionnabilité et d'anxiété, qui les fait prendre pour des névropathes ou de petits mentaux.

3° Fonds humoral. — Les travaux de Mac Callum et Voegtlin ont montré l'importance du déficit calcique. Le calcium agissant comme réducteur, comme modérateur de l'excitabilité nerveuse, sa carence entraîne une hyperexcitabilité neuro-musculaire. La calcémie tomberait souvent de 100-120 milligrammes jusqu'à 80 et même 50 milligrammes.

Pareille chute est cependant rare. Le calcium total étant souvent peu abaissé, on a étudié la concentration des ions calciques répartis dans le sérum, et on a conclu à une diminution du calcium ionisé qui, de 25, descend à 20 ou même à 15 milligrammes dans le sang ou dans le L. C. R.

La valeur du pH est anormalement élevée sans que cette déviation vers l'alcalose soit compensée par une variation parallèle de la teneur en bicarbonate du plasma. Cette hyperalcalinité entraîne une diminution de la teneur du sang en ions calciques.

Ce fonds humoral à prédominance d'hypocalcémie et d'alcalose a fait parler d'un véritable « diabète calcique ».

FORMES CLINIQUES

I. — Suivant la localisation des spasmes

La tétanie est habituellement bilatérale et à peu près symétrique ; il y a des cas d'hémitétanie et même des formes limitées à un petit groupe de muscles, grands droits de l'abdomen dans un cas de Grégoire.

Certaines localisations portent sur les nerfs et muscles de la vie végétative, soit au cours d'une tétanie franche, soit comme équivalents du spasme carpo-pédal.

Au niveau de *l'œil*, l'atteinte du muscle ciliaire provoque l'inégalité pupillaire, du myosis ou de la mydriase.

Les formes les plus intéressantes sont les *formes viscérales.*

1° Formes respiratoires. — Le *laryngospasme*, fréquent chez l'enfant et surtout chez le nourrisson, est rare chez l'adulte. A côté du spasme grave, débutant par un bruit de gloussement aigu, aussitôt accompagné d'asphyxie avec efforts respiratoires bruyants, facies anxieux et soubresauts nerveux, on a signalé une forme légère, caractérisée par le seul bruit de gloussement. Bouchut a décrit un spasme phrénoglottique, avec participation du diaphragme.

La crise d'asthme a été assimilée par quelques auteurs à un *bronchospasme*, relevant parfois d'une origine tétanique : la percussion des muscles et nerfs thoraciques entraîne dans ces cas un état tétanoïde de ces muscles (Laudemheimer).

Brodin, Fourestier et Mlle Savaton viennent de publier, sous le titre de *tétanie pulmonaire* grave de l'adulte, un cas de crises dyspnéiques paroxystiques brusques, survenant à l'occasion de petits incidents respiratoires et s'accompagnant de contractures périphériques. La crise est admirablement jugulée par des doses massives intraveineuses de vitamine D.

2° **Formes digestives.** — La tétanie s'accompagne souvent de troubles digestifs avec crampes et vomissements.

Il est des cas où les troubles gastriques dominent la scène : *forme gastrique* de Mamou et Abaza. Les douleurs épigastriques vives, térébrantes, accompagnées de vomissements abondants, évoluant par crises simulant l'ulcus mais ne cédant ni aux alcalins ni aux antispasmodiques, sont rattachées à une tétanie latente, dont les petits signes (signe de Chvostek) et petites crises crampoïdes sont révélés par l'épreuve de l'hyperpnée. La radioscopie montre une hypercinésie gastrique avec spasme du pylore. Langenskiold a attiré l'attention sur des faits analogues qu'il croit assez nombreux, et conseille, avant d'opérer tout malade suspect d'ulcus, de rechercher le signe de Chvostek et l'hyperexcitabilité galvanique ; dans tout cas douteux, il soumet le malade à un traitement calcique. Ces cas guérissent en effet par injection intra-veineuse de gluconate de calcium.

Mais là ne se bornent pas les relations entre tétanie et tube digestif. La tétanie peut se compliquer de véritable ulcus gastrique. Sur dix cas de tétanie compliquée de manifestations gastro-intestinales et spasmodiques avec hypersécrétion, Falta et Kahn trouvent trois fois au moins des ulcus, vérifiés anatomo-pathologiquement. D'ailleurs la parathyroïdectomie chez le chien (Carlson et Jacobson) entraînent, en même temps que la tétanie, de petits foyers hémorragiques de la région pyloroduodénale. Alkan a vu s'installer des signes cliniques et radiologiques d'ulcus pylorique chez une femme thyroïdectomisée et souffrant depuis deux ans de tétanie. Le même auteur a retrouvé le signe de Chvostek quarante-six fois sur deux cents gastralgiques d'allure ulcéreuse. Aussi préconise-t-il un traitement calcique et parathyroïdien chez tout suspect d'ulcus.

Un tétanique de Sergent, Mamou et Debray présentait des crises vésiculaires pouvant faire penser à une cholécystite lithiasique.

Il y a probablement lieu d'incriminer un élément tétanique dans quelques cas de spasmes de l'œsophage ou de coliques intestinales dites idiopathiques.

Le hoquet pourrait être dans quelques cas un équivalent de tétanie (Decourt).

3° **Formes circulatoires.** — On attribue à un spasme des vaisseaux la pâleur qui accompagne la crise et à un trouble circulatoire l'œdème qui succède au niveau de la main à des paroxysmes subintrants ; il y a parfois une crise de troubles vaso-secrétoires (sueurs, rougeurs de la peau).

Ibrahim a signalé (il est vrai chez l'enfant) des cas de mort subite rattachés à une *forme cardiaque*.

Klotz a isolé chez l'adulte une *forme syncopale*, caractérisée par l'apparition brusque et inopinée de syncopes plus ou moins espacées, déclenchées par une émotion (colère, joie), plus rarement par une quinte de toux, caractérisées par une sensation vertigineuse, un éblouissement, une perte de conscience, et durant au total 15 à 30 secondes. La nature tétanique du symptôme repose sur l'hypocalcémie sanguine, le signe de Chvostek et la reproduction habituelle par l'épreuve de l'hyperpnée. Ces malades sont en général de grands émotifs, des anxieux.

4° **Formes neuro-psychiques.** — Decourt a individualisé une forme de crise nerveuse empruntant ses éléments à la fois à la névrose d'angoisse et à la tétanie. La crise est annoncée par une impression de tristesse et de crainte avec oppression respiratoire et striction de la gorge, puis apparaissent des sanglots bruyants avec claquement des dents. Le tout se termine par la crise de tétanie typique. Dans l'intervalle on trouve le signe de Chvostek et une élévation des chronaxies. L'épreuve de l'hyperpnée volontaire déclenche les phénomènes psychiques et physiques de l'angoisse, aussitôt suivis par la contracture des extrémités. Les perturbations apportées dans l'atmosphère psychique par le mécanisme de l'émotion (et non de la suggestion) conduisent au même résultat ; l'ergostérol irradié exerce une action inibitrice sur ce complexe pathologique.

On a publié des cas avec *troubles mentaux plus graves* (Coelho, Baonville, Ley et Titeca, Lemaire). La confusion mentale et les hallucinations sont le plus souvent associées à des troubles affectifs généralement du type dépressif, marqués par de l'anxiété et des tendances au suicide. On a décrit de véritables crises d'agitation anxieuse avec raptus mélancolique.

On sait la fréquence des convulsions chez l'enfant au cours de l'intervalle des crises de tétanie : la spasmophilie constitue d'ailleurs une cause bien connue des convulsions du jeune âge. Chez l'adulte, l'apparition de crises d'*épilepsie* est une éventualité dont on retrouve d'assez nombreux exemples dans la littérature. Nous en avons personnellement observé quatre. Chez deux d'entre eux, les crises tétaniques et épileptiques s'intriquaient depuis l'adolescence, les crises comitiales étant plus fréquentes chez l'un et les crises tétaniques chez l'autre. Une tétanie chronique apparue à l'âge adulte, et durant actuellement depuis sept ans, s'est compliquée, depuis deux ans, de crises comitiales franches. Enfin une nourrice, atteinte de tétanie au cours de ses deux derniers allaitements, a fait chaque fois une crise comitiale restée unique, la dernière ayant entraîné une fracture de l'omoplate au cours d'une chute brutale.

Dans cette association tétanie-épilepsie, il ne peut s'agir d'une simple coïncidence, et il faut vraisemblablement faire intervenir un facteur encéphalique commun.

5° **Formes urinaires.** — Un spasme du sphincter vésical, entraînant une rétention d'urines, fait parfois partie du tableau clinique de la tétanie.

II. — Suivant l'intensité et l'évolution

1° **Formes légères.** — Il est des formes légères dont les crises sont rares ou atténuées. On pourrait ranger parmi les *équivalents frustes* la forme syncopale et la forme anxieuse déjà décrites.

Il existe chez l'adulte, mais à un moindre degré que chez l'enfant, un état de *spasmophilie latente*, bien étudié par Decourt, se traduisant par des crampes, des fourmillements, une tendance à la raideur paroxystique des doigts, ainsi que par de l'hyperréflectivité tendineuse. « La tétanie latente n'est qu'une forme étiologique particulière de l'hyperexcitabilité nerveuse et de la tendance au spasme. Le terrain spasmophilique, même indiscutablement avéré, peut n'être qu'un élément favorisant, rendant plus aisée l'apparition de l'angoisse ou d'un spasme viscéral dont la cause immédiate est ailleurs. » Les manifestations viscérales, formes larvées de tétanie, traduisent surtout l'hypertonie et l'hyperexcitabilité du système parasympathique.

Le signe de Chvostek, auquel la plupart des auteurs n'attachent aucune valeur diagnostique à partir de l'âge de trois ans, n'est cependant pas tellement fréquent chez l'adulte, 7,8 % sur 550 adultes pris au hasard de la consultation hospitalière de l'Hôpital Beaujon (Defougy). La plupart de ces sujets, chez lesquels on ne trouvait pas toujours une anomalie appréciable du calcium plasmatique ni de l'équilibre acido-basique, étaient atteints de troubles fonctionnels à type d'hyperémotivité anxieuse et de déséquilibre neuro-végétatif à manifestations très variables : thoraciques (oppressions, strictions rétro-sternales, boule œsophagienne, syndrome asthmiforme), abdominales (douleurs solaires, gonflement épigastrique, brûlure d'estomac, coliques), circulatoires (palpitations, tachy ou bradycardie, instabilité vasomotrice), génito-urinaires (dysurie, pollakiurie nocturne, impuissance sexuelle émotive), motrices (crampes musculaires), etc...

L'hyperpnée volontaire faisait apparaître non seulement ces troubles paroxystiques, mais provoquait l'accès de tétanie plus aisément que chez les individus normaux. La diathèse spasmophilique s'atténue à mesure que l'aptitude convulsivante diminue progressivement avec l'âge, mais elle peut être à l'origine chez l'adulte de troubles fonctionnels, d'un déséquilibre de la vie végétative, psychique et organique, qui trouveront leur sanction étiologique dans un traitement récalcifiant (sels de calcium, R. U. V., ergostérol).

2° **Formes graves.** — Celles-ci sont dues à la répétition ou à la généralisation des crises.

On a distingué :

a) *Des formes suraiguës* telles qu'on les voit après la parathyroïdectomie : tiraillements et fourmillements incessants, secousses musculaires toniques et cloniques, spasmes de la glotte, du diaphragme, agitation incessante, tachycardie, troubles respiratoires, hyperthermie, mort en quelques heures ou quelques jours (Sainton).

b) *Une forme aiguë.* Telle est l'observation de Sergent et Mamou : état de mal tétanique caractérisé par une contracture des quatre membres, de la face (paupières, masséter avec trismus empêchant l'alimentation), du cou, des muscles vertébraux, et compliqué de secousses fibrillaires des membres — spasmes viscéraux de la glotte avec cyanose et asphyxie imminente, de l'estomac et de l'intestin avec vomissements et constipation opiniâtre, de la vessie avec rétention d'urines — coma profond avec température à 38°, pouls à 100 et L. C. R. normal. Leur malade, dont les crises se répétèrent pendant plusieurs mois, s'améliora considérablement après radiothérapie ovarienne.

c) Après les formes passagères qui durent plusieurs semaines ou plusieurs mois, il y a les *formes récidivantes :* telle notre malade qui fit deux poussées à l'occasion de deux allaitements.

d) Il y a des *formes chroniques.* Un de nos cas évolue sans grande période de rémission depuis sept ans. C'est dans ces formes chroniques qu'on a décrit les troubles trophiques et secrétoires surtout cutanés (rougeur de la peau, sueurs, œdème léger, alopécie du cuir chevelu), parfois articulaires (gonflement des jointures), des troubles végétatifs (dyspnée, polyurie, glycosurie).

III. — Formes étio-pathogéniques

Le *sexe* joue un rôle important. La plupart des cas que nous avons réunis se déroulaient chez la femme.

Au point de vue de l'*âge*, ils se situaient plutôt vers la quarantaine.

Nous étudierons les formes d'origine endocrinienne, digestive, nerveuse, infectieuse et toxique.

A. — **Formes endocrinogènes.** — 1° La mieux isolée est la forme PARATHYROIDIENNE.

a) Elle est le plus souvent *post-opératoire.*

Elle survient après une thyroïdectomie totale qui n'a pas respecté les parathyroïdes : tétanie postparathyréoprive. C'est la forme historique de Kocher et Reverdin où la tétanie était fréquemment conjuguée au

myxœdème. Depuis lors, les progrès de la technique ont permis, en conservant les parathyroïdes, d'éviter cette complication, qu'on ne rencontre plus que dans 1 % des 15.000 strumectomies relevées dans la littérature par Valkanyi en 1925.

L'évolution se fait suivant trois modes : suraigu (mort au bout de quelques heures ou de deux à trois jours), aigu, chronique.

La tétanie est presque de règle, du moins à la phase post-opératoire, dans les parathyroïdectomies bi-latérales pour adénome parathyroïdien conditionnant l'ostéite fibro-kystique de Reeklinghausen. Toutefois, en se bornant à n'enlever que l'adénome et en respectant la partie saine de la glande, les troubles restent bénins, passagers et facilement curables (Bérard, Henry et Morel). Dans les parathyroïdectomies pour rhumatisme, sclérodermie, etc..., l'intervention doit rester unilatérale : ce qui permet d'éviter cette complication.

b) La tétanie parathyroïdienne *d'ordre médical* est plus rare.

Elle est consécutive à des hémorragies parathyroïdiennes, sept cas concernant il est vrai l'enfant, recueillis dans la littérature par Harvier — hématome cervical ayant détruit les parathyroïdes chez un vieux colonel atteint de diarrhée chronique (Cordier). Il s'agit parfois de syphilis (Harvier) ou de tuberculose (Carnot).

c) Mais la pathogénie parathyroïdienne ne se limite pas à ces seuls cas ; elle a été invoquée dans la tétanie dite idiopathique tant chez l'adulte que chez l'enfant.

Quelques autopsies montrent des altérations diffuses, plus rarement de la sclérose, des parathyroïdes.

Divers auteurs, nous-mêmes avec Recordier et Poursines, ont rencontré des cas où, chez des jeunes, la tétanie s'associait à une cataracte, dont l'origine parathyroïdienne paraît des plus vraisemblables : baisse de la teneur en calcium de l'humeur vitrée entraînant la floculation des protéines du cristallin — reproduction expérimentale de la tétanie et de la cataracte par la parathyroïdectomie.

L'ablation des parathyroïdes reproduit deux constantes chimiques de la tétanie : chute du calcium sanguin, accumulation de la guanidine et de la méthylguanidine.

La thérapeutique, tant des tétanies chirurgicales que médicales, par la parathormone, par la greffe de glandes de cheval, serait en faveur de cette thèse. Un malade de Frugoni et Seimoni voit ses crises cesser brusquement et radicalement par la greffe, dans la vaginale du testicule, d'une parathyroïde prélevée au cours d'une opération de goitre parenchymateux diffus.

2° La tétanie d'origine OVARIENNE doit être envisagée dans certains cas.

Il semble qu'il faille faire intervenir souvent un état d'hyperfolliculinémie : la tétanie voit ses accès se renforcer au cours des périodes menstruelles.

Certaines tétanies sont nettement réglées sur le fonctionnement ovarien.

Telle la tétanie *gravidique*, qui apparaît surtout aux premiers mois de la grossesse, dure quelques semaines et guérit en général avant la fin de la gestation. Elle disparaît d'ordinaire lors des suites de couches. Elle récidive, d'une manière inconstante, au cours des grossesses suivantes. La gravidité intervient en abaissant le Ca, qui diminue, il est vrai, surtout à la fin de la gestation.

La *tétanie des nourrices*, classique depuis Trousseau, est exceptionnelle à l'heure actuelle où la lactation n'est plus prolongée comme autrefois et où le déficit calcique entraîné par elle est largement compensé par l'alimentation. Avec Alliez, Paillas et Jouve, nous en avons cependant observé deux cas, dont l'un récidiva au cours d'une grossesse chez une femme allaitant depuis onze mois et dont l'autre s'installa chez une nourrice faisant une fièvre typhoïde.

Il est des tétanies qui surviennent à la *ménopause*.

Dans un cas de tétanie aiguë et rebelle, Sergent et Mamou, après insuccès de très nombreuses thérapeutiques (Ca intra-veineux, extrait parathyroïdien, sympathectomie péri-carotidienne, AT 10, etc...), voyant les crises s'intensifier à l'occasion des règles, ont l'idée de doser les hormones ovariennes. Devant l'accentuation de la folliculinémie, ils prescrivent la radiothérapie ovarienne qui, en supprimant les règles, espace et fait disparaître les crises.

Divers auteurs ont montré, tant chez l'animal que chez l'homme, l'action hypocalcémiante de la folliculine.

3° D'AUTRES ORIGINES ENDOCRINIENNES ont été incriminées.

L'école italienne a toujours réservé un rôle important au *thymus*, ce qui expliquerait la prédominance dans l'enfance et la disparition prépubertaire des crises ; la persistance anormale de cet organe rendrait compte de certains cas de tétanie de l'adulte. Quelques auteurs font jouer un rôle à l'hypofonctionnement, en faveur duquel plaideraient les thymectomies expérimentales, d'autres à un hyperfonctionnement que les parathyroïdes seraient chargées de neutraliser.

L'intervention de la *surrénanle* (Holtz Klebs) de l'*hypophyse* est plus douteuse.

Pour Marañon et Richet fils, la tétanie est un syndrome pluriglandulaire. Si l'hypoparathyroïdie reste le fait capital, il n'est pas le seul en cause. La tétanie peut être comparée au diabète, au cours duquel bien des facteurs autres que le déficit insulaire interviennent.

B. — **Formes gastro et entérogènes.** — La tétanie complique diverses affections digestives, en particulier les maladies gastriques.

On la rencontre à la phase avancée de la *sténose du pylore*, ulcéreuse ou cancéreuse, après une période de vomissements prolongés. Ces faits ne sont pas très rares : un même chirurgien, Langelskiold, en réunit 10 cas, Grégoire, 5. Elle a un pronostic grave, mortel, si l'on n'intervient pas à temps.

Diverses pathogénies ont été invoquées. Le taux de la calcémie n'est souvent pas diminué : en pareil cas, le traitement calcique est inopérant. Par contre, l'analyse révèle une chloropénie, due aux vomissements répétés et abondants, qui s'associe souvent à une alcalose et à une azotémie, secondaire et non primitive (Mach) : le syndrome est jugulé par l'injection de sérum salé. Nous avons, il y a une vingtaine d'années, avant que cette azotémie par manque de sel fut connue, pris pour une urémie gastrique à forme tétanique un de ces cas de tétanie avec pylorospasme, azotémie et spoliation chlorée due aux vomissements.

Bouchut et Morenas, reprenant l'ancienne pathogénie de l'auto-intoxication par les liquides de stase et de fermentation gastrique (Bouveret et Devie), admettent un retentissement hépatique de ces substances toxiques. Ils trouvent de nombreux cas d'insuffisance hépatique dans les observations de tétanie éparses dans la littérature.

Blumenstock et Ickstatt, se basant sur l'expérimentation chez les chiens thyroparathyroïdectomisés après établissement d'une fistule d'Eck, font intervenir le foie dans la production de cette tétanie.

Dans le traitement des tétanies gastrogènes, on ne s'attardera pas aux seuls moyens médicaux (lavage gastrique, injections salines, extrait hépatique). On supprimera les vomissements en levant l'obstacle par une gastro-entérostomie simple, qui met fin aux crises et sauve le malade (Cunéo, Gaujoux, Brahic et Recordier).

Un mécanisme analogue (déperdition aqueuse et chlorée) est invoqué pour la tétanie *entérogène*, au cours des diarrhées abondantes, du choléra, de la dysenterie amibienne (Farmakidis), de la distomatose hépatique (Mauriac), de la sprue nostras (Turpin, Guillaumin et Lafon), d'une stéatorée d'origine syphilitique, guérie par des injections de muthanol (Caroli, Girard et Mlle Joanissan). On admet en outre la précipitation dans l'intestin du Ca ingéré, sous forme de savons insolubles.

Nous avons indiqué les relations du *foie* et de la tétanie à propos des tétanies gastrogènes. Oury et Thomas Fouard l'ont observée chez un cholécystique lithiasique, Paraf, Mouchet, Orsoni, Abaza et Loeve au cours d'une cholécystite lithiasique, nous-mêmes lors d'une crise de céphalées migraineuses d'origine biliaire.

Sibert et Plauchu l'ont signalée au cours d'une *pancréatite* aiguë hémorragique.

C. — **Formes pneumogènes.** — Grant et Goldmann montrent qu'à côté des tétanies par respiration volontairement forcée, il y a des tétanies par hyperpnée accidentelle.

Sur onze malades opérés récemment et soumis à des exercices de gymnastique respiratoire profonde et prolongée, destinée à éviter les complications respiratoires post-opératoires, des crises de tétanie éclatent chez sept d'entre eux, soit typiques, soit latentes (signes de Trousseau ou de Chvostek).

Schultzer et Lebel décrivent deux types de tétanie spontanée par hyperventilation.

1° La tétanie s'installe après une période d'hyperventilation exagérée, mais capable de produire un tel résultat chez tout individu.

2° La tétanie succède à une hyperventilation modérée, incapable de produire de pareils spasmes chez le sujet normal. Il faut alors invoquer un facteur sensibilisant. Ce sont des nerveux ayant subi un traumatisme ou physique ou psychique et y ayant répondu par une respiration forcée.

Des crises hystériformes avec paroxysme dyspnéique s'accompagnent parfois de contractures des extrémités.

Pagniez, Lerond et Lebel relatent un cas de tétanie grave, avec demi-inconscience, tendance au clonus du pied et de la rotule, chez un rétentionniste urinaire névropathe, qui faisait des respirations profondes au cours de ses gémissements. La contre-épreuve de l'hyperpnée provoquée déclenchait le même tableau.

Ce même mécanisme intervient peut-être soit chez certains douloureux soit chez les individus soumis à des exercices violents.

D. — **Formes neurogènes, encéphalogènes.** — Nous avons signalé l'intriquation des crises de tétanie et d'épilepsie, qui plaide en faveur d'une lésion cérébrale unique.

Nous avons insisté sur le fonds mental de la tétanie, caractérisé par une hyperexcitabilité, une irritabilité, une émotivité et une anxiété particulières, et sur les manifestations mentales qui compliquent cette phase. Bien des auteurs expliquent ces faits par une intoxication encéphalique due à l'insuffisance parathyroïdienne. Lorsque ces symptômes sont au premier plan, on doit se demander si tétanie et troubles mentaux ne sont pas la conséquence d'une lésion cérébrale ou d'un trouble fonctionnel cérébral commun.

Quelques faits cliniques, anatomiques et expérimentaux plaident en faveur de l'origine neurogène de la tétanie.

1° *Faits cliniques :* L'un de nous a publié en 1935 avec M. Arnaud et A. Jouve, un cas particulièrement démonstratif. Un garçon de treize ans, porteur d'un kyste du vermis cérébelleux avec syndrome de la fosse cérébrale postérieure et cerebellar fits, réalisa sous nos yeux, au cours d'une exploration ventriculographique, une contracture typique en main d'accoucheur, qui put être reproduite par la manœuvre de Trousseau : la calcémie était de 0,1000, les parathyroïdes étaient histologiquement normales.

Nous avons examiné en 1933 une malade ancienne syphilitique atteinte de paraspasme facial bilatéral et de crises de somnolence invincibles qui, au moment des règles, avait des crises de contractures douloureuses des mains et des pieds persistant dix minutes.

Un de nos tabétiques, frappé d'hémiparésie, présenta toute une nuit, du côté parésié, des crises de contracture de la main et du pouce qui étaient difficilement vaincues par la préhension des doigts avec l'autre main.

Une malade d'une quarantaine d'années, observée avec Crémieux, fait des crises douloureuses de contracture en flexion des mains et d'extension des pieds, d'une à deux minutes de durée, tantôt uni tantôt bilatérales, qui sont améliorées par le Ca et la parathormone. Au 3e mois elle est frappée en quelques jours d'une hémiparésie droite et d'une parésie crurale gauche avec Babinski bilatéral, qui nous fit porter le diagnostic d'encéphalite.

Decourt et Tardieu ont vu apparaître un syndrome d'hémitétanie droite, aisément reproduit par l'épreuve de l'hyperpnée, chez un artériosclérеux cérébral, dont l'évolution progressive se fit vers un syndrome pseudo-bulbaire du type cérébro-sclérose lacunaire.

La tétanie a été observée au cours d'une tumeur cérébrale (Franck-Hochwart), d'un abcès du lobe frontal (Escherich).

Sterling a décrit le type spasmodique tétanoïde et tétaniforme de l'encéphalite épidémique. Nous-mêmes avions publié une curieuse forme d'encéphalite à type de spasmes hypertoniques douloureux.

On a signalé, il est vrai surtout chez l'enfant, des crises de tétanie comme manifestation plus ou moins primordiale d'encéphalopathies infantiles, de malformations cérébrales congénitales (hydrocéphalie, microlissencéphalie) et de syphilis cérébro-méningée (Ribadeau-Dumas et Chabrol-Champagne, Triboulet et Debré, Babonneix et Mlle Lévy).

2° *Faits anatomiques :* En dehors des lésions de pareilles encéphalopathies, rappelons une autopsie de Guillain, Bertrand et Rouquès qui trouvent, chez une tétanique de quinze ans, des lésions importantes du pallidum et des noyaux dentelés du cervelet avec intégrité des parathyroïdes, et celle d'Urecchia et Elekes qui, chez un sujet mort de tétanie post-opératoire, constatent une infiltration graisseuse du corps strié, prédominant sur le pallidum et le locus niger.

3° *Faits expérimentaux :* Urecchia et Elekes, reproduisant chez l'animal le syndrome tétanique par intoxication avec la méthylguanidine, obtiennent une encéphalite diffuse, plus accentuée au niveau des noyaux caudés et lenticulaires.

Raux, étudiant des animaux parathyroïdectomisés et morts avec des symptômes tétaniformes, décrit des lésions nerveuses d'une intensité et d'une constance remarquables, siégeant surtout dans les noyaux gris centraux.

Ces données cliniques, anatomiques, expérimentales fournissent la preuve d'une tétanie d'origine encéphalique, et probablement d'origine striée, en raison du rôle de cette formation dans la régulation du tonus et les attitudes anormales, choréoathétose, parkinson, qu'on rencontre dans le syndrome strié. Spiegel et Nishikawa, rapprochant la tétanie de la rigidité décérébrée, penchent plutôt en faveur des centres tonigènes bulbo-protubérantiels.

A côté des cas, assez rares, de tétanie manifestement liée à une lésion du système nerveux central, nous pensons qu'on doit pousser plus loin cette hypothèse pathogénique. La plupart des théories de la tétanie font intervenir un mécanisme périphérique, situé pour les uns au niveau des nerfs périphériques, pour les autres au niveau du muscle ou de la jonction myoneurale. A notre avis, les cas d'hémitétanie ou de tétanie à prédominance unilatérale, la symétrie des crises quand elles sont bilatérales, leur localisation aux quatre extrémités, leur composante psychique, évoquent un mécanisme fonctionnel central, un dysfonctionnement passager du système régulateur encéphalogène du tonus musculaire, survenant sous des influences diverses, endocriniennes, autotoxiques, etc...

E. — **Formes d'origine infectieuse et toxique.** — 1° *Infections :* On a vu la tétanie survenir à la suite de fièvre typhoïde (cas de Payan où la tétanie survint à la convalescence d'une fièvre typhoïde avec persistance de la diarrhée et se reproduisit pendant trois ans par intervalles — cas de Laignel-Lavastine, Ballet et Courbon, où les crises n'apparaissent que deux ans après la fièvre typhoïde — cas de Delater, à rapprocher d'autres cas observés chez l'enfant), au cours du paludisme : un malade d'Hébert et Marcel Bloch faisait une crise de tétanie à chaque accès ainsi d'ailleurs qu'à l'occasion d'un refroidissement, au cours d'oreillons, scarlatine, colibacillose urinaire (Dufourt).

La syphilis est parfois incriminée, soit qu'elle frappe les parathyroïdes (Langeron, Dechaume, Delore et Jeanne) ou l'encéphale.

2° *Intoxications :* Par alcool, oxyde de carbone, phosphore, ergot de seigle, intoxications médicamenteuses par injections intra-veineuses de sulfate de magnésie à 20 % (Roller), de chlorure de sodium à 12 % (P. Fabre), par administration d'adrénaline chez des asthmatiques (Ellsworth et Sherrer, Mesly), par morphine, chloroforme.

3° *Auto-intoxications :* L'urémie peut présenter un type tétanique (Bouchu Landsieldl, Goutecha, Fan et Chin). L'existence d'une tétanie au cours de la maladie du sérum (Hoffmann) a fait admettre une tétanie allergique (Habelmann).

4° *Tétanie dite idiopathique :* Frankl-Hochwart a isolé une tétanie idiopathique, connue encore sous le nom de tétanie des travailleurs. Elle survient surtout pendant les mois d'hiver (tétanie saisonnière), sous forme d'épidémies du type aigu ou subaigu, chez les travailleurs manuels de Vienne, d'Heidelberg, tels que tailleurs, cordonniers, mettant en jeu certains groupes musculaires ; elle peut disparaître par le changement de métier. On peut se demander rétrospectivement s'il n'y aurait pas eu dans ces cas un facteur carentiel.

ACTUALITÉS

QUELQUES PARADOXES sur le TRAITEMENT des OSTÉOSARCOMES

Par M. Pierre Lance

Le traitement des ostéosarcomes est un de ceux que l'on aborde toujours avec un certain découragement ; l'expérience que peut en avoir chaque auteur est habituellement limitée à quelques cas malheureux à propos desquels s'est presque toujours posée la même question : est-il légitime d'imposer à un sujet jeune, souvent un adolescent, une mutilation parfois importante dont on sait qu'elle ne donnera que quelques mois ou tout au plus quelques années de survie ?

Aussi est-il intéressant, croyons-nous, de réfléchir sur les résultats fort objectifs que nous apportent certaines grandes statistiques américaines et dont Tavernier s'est fait l'écho dans une récente communication à l'Académie de Chirurgie (séance du 16 juin 1943). Dans une affection aussi peu courante que l'ostéosarcome, on se doit d'accorder quelque crédit, même à des statistiques.

Nous ne ferons mention que deux d'entre elles : celle de Meyerding (*Journal of Bone and Joint Surg.*, octobre 1938), et celle de Ferguson (*Journal of Bone and Joint Surg.*, janvier 1940). Dans la première, Meyerding fait état de 187 ostéosarcomes, tous vérifiés histologiquement, traités et suivis à la Clinique Mayo de 1909 à 1934. On peut la schématiser ainsi :

35 cas traités par irradiation seule (après biopsie) : survie de 5 ans : 9,1 % (3 cas) ;

49 cas traités par excision (suivie ou non d'irradiation) : survie de 5 ans : 34 % (15 cas) ;

78 cas traités par amputation (suivie ou non d'irradiation) : survie de 5 ans 24,7 % (19 cas).

Ferguson a étudié 258 sarcomes ostéogéniques classés dans le registre des sarcomes osseux du Collège Américain de Chirurgie, traités par amputation, et il s'est attaché à préciser le pourcentage des survies de cinq ans par rapport à la date de l'intervention ; lorsque celle-ci a été effectuée dans les six premiers mois qui suivent l'apparition des premiers symptômes cliniques, Ferguson admet qu'il s'agit d'amputation précoce, passé ce délai l'amputation est tardive.

Il constate qu'il existe après amputation précoce 8 % de survie et après amputation tardive 29 % de survie.

Sur 13 malades amputés dans le mois qui a suivi l'apparition des premiers symptômes, pas une survie; sur 25 malades amputés le 2e mois : 1 survie ; sur 23 malades amputés le 3e mois : 2 survies ; sur 73 malades amputés les 4e, 5e, 6e mois : 8 survies, etc.

Et l'on ne saurait invoquer une malignité atténuée de la tumeur chez les sujets amputés tardivement puisqu'en rassemblant les sarcomes dont l'aspect histologique permettait d'affirmer une malignité atténuée, la proportion reste analogue :

14 % de survie après amputation précoce ;

41 % de survie après amputation tardive.

En cas, au contraire, de malignité accentué on trouve :

4 % de survie après amputation précoce ;

17 % de survie après amputation tardive.

Il semble, d'autre part, que la radiothérapie préopératoire ait amélioré les résultats de l'amputation précoce (23 % de survie) sans avoir d'influence sur l'amputation tardive (25 % de survie).

Quand à l'excision seule, elle a été faite chez 11 malades et a donné 36 % de survie ; sur ces 4 survivants 1 seul avait un sarcome de malignité atténuée.

Et l'on ne peut que s'incliner devant la conclusion fort logique de l'auteur qui, prenant nettement position contre le dogme de l'amputation précoce, voit dans cette méthode de traitement le plus sûr moyen d'envoyer le malade à la mort !

***

Il est extrêmement difficile, dans l'état actuel de nos connaissances sur le développement anatomique des ostéosarcomes, et sur le rôle de la défense humorale des tissus, d'expliquer ces faits. Mais on peut, de ces vastes enquêtes (qui corroborent d'ailleurs sur certains points les opinions de Hellner, Codman, etc.), essayer de dégager trois notions concernant l'amputation précoce, la valeur thérapeutique de la rœntgenthérapie isolée, le caractère non agressif de la biopsie et même des exérèses limitées.

Il semble bien, et quelques observations précises le prouvent (Tavernier, Sorrel), que la période de début d'un ostéosarcome soit une période particulièrement active au cours de laquelle l'amputation déclenche (par un mécanisme qui nous échappe), l'apparition immédiate des métastases. Aussi Redon et Delarue ont-ils proposé de commencer par une radiothérapie générale de tout le corps dans le but de prévenir si possible l'apparition de ces métastases.

En ce qui concerne l'efficacité de la rœntgenthérapie locale appliquée seule, toutes les statistiques concordent pour en montrer la faible valeur ; Meyerding trouve pour 37 sujets traités de cette façon, 6 survies de 3 ans et 3 survies de plus de 5 ans. Rapportant une observation de Baclesse (qui concerne une malade guérie depuis sept ans) Roux-Berger (Acad. de Chirurgie, 16 juin 1943) montre que, si l'on veut stériliser un ostéosarcome, il faut avoir recours à des doses énormes qui ne vont pas sans entraîner des complications postrœntgéniennes graves ; dans

le cas rapporté la guérison est obtenue au prix d'une pseudarthrose du fémur et de lésions cutanées importantes.

Par contre la plupart des auteurs (Schinz, Meyerding, Pfalher et Parry) estiment qu'associée à la chirurgie la rœntgenthérapie peut contribuer à améliorer les résultats.

Mais la notion qui va peut-être le plus à l'encontre de nos idées théoriques est celle de la valeur curatrice de l'excision simple de la tumeur. Faite systématiquement, elle donne 36 % de survie (Ferguson), 34,1 % (Meyerding) ; sur 10 malades réséqués, 5 sont vivants vingt-deux mois après l'opération avec un membre rendu utilisable grâce à des autoplasties osseuses (Tavernier).

Pour Ferguson la ligne de conduite à adopter est donc la suivante : s'abstenir d'amputation précoce ; commencer par irradier la tumeur puis l'exciser et mettre à la place soit un greffon rigide, soit des copeaux ostéopériostiques. En cas de récidive, exciser avant d'amputer.

Si l'on peut hésiter avant de s'engager dans une voie aussi révolutionnaire, il n'en demeure pas moins établi, d'une manière indiscutable, que la biopsie ne comporte pas pour l'avenir du malade les dangers dont on l'a accusé, à condition de la faire précocement (c'est d'ailleurs le moment où elle est utile sinon indispensable) et d'irradier la tumeur dans les jours qui suivent l'intervention. En étayant d'une façon certaine le diagnostic elle permet le régler avec plus d'assurance la conduite thérapeutique.

Il ne faut pas, quoiqu'on en ait dit, sous-estimer complètement la valeur de cette dernière. Meyerding nous apporte sur ce point une note un peu plus optimiste qu'il n'est habituel en cette affection. Sur les séries d'ostéosarcomes observés et suivies pendant cinq ans, qu'il avait déjà publiées en 1922 et 1935, le pourcentage de guérison était de 16,5 % (1922) et 18 % (1935).

Dans la dernière série (1938) où tous les cas ont été vérifiés histologiquement (ce qui n'était pas dans les précédentes) le pourcentage est de 23,4 %. Il semble donc bien que les progrès faits dans le dépistage de l'ostéosarcome au début, joints à de meilleures directives thérapeutiques, ne soient pas absolument vains vis-à-vis de cette terrible lésion.

REVUE DES THÈSES

LES SÉCRÉTIONS INTERNES DU CANCER DU SEIN

par M. Jacques Lœper
Interne des Hôpitaux de Paris

Thèse *Paris*, 1943, Jouve et Cie, éditeurs

Les cancers se comportent-ils comme des glandes internes dont la sécrétion se répand dans l'organisme ? Tel est le problème de pathologie générale auquel Jacques Lœper consacre un travail fort remarquable. Il choisit le cancer du sein, pour explorer ce domaine, malgré le petit volume de ses tumeurs parce qu'il ne s'infecte et ne saigne que tardivement ; parce qu'il permet un examen histologique précoce, une étude comparative facile des variations humorales avant et après traitement ; parce que le sein n'est pas un organe indispensable à la vie et que sa déficience n'est à la source d'aucun trouble important.

Un certain nombre d'observations cliniques permettent à l'auteur de constater que le cancer du sein peut entraîner des troubles à type d'hyperovarie, de petits signes d'hyperthyroïdie, qu'il détermine souvent des lésions osseuses de type ostéolytique, s'opposant en cela aux lésions osseuses métastatiques condensantes du cancer de la prostate.

Un grand nombre d'examens chimiques mettent en évidence la fréquence de l'hypercholestérolémie, l'élévation habituelle de la calcémie et de la phosphatase même dans les tumeurs sans métastases ; il est frappant de constater que le traitement chirurgical ou radiothérapique entraînent une diminution du cholestérol sanguin, un abaissement de la calcémie, et cet abaissement est trop brusque pour que l'on puisse invoquer l'intervention de la parathyroïde.

Il semble bien ainsi que ces modifications soient sous la dépendance d'une sécrétion interne dont l'expérimentation confirme l'existence.

En effet, l'injection sous-cutanée d'extraits aqueux de tumeurs accroît parfois la calcémie de l'animal en expérience et peut aussi accroître le métabolisme basal. L'injection d'extrait lipidique détermine souvent chez la rate ovariectomisée l'apparition du test d'Allen et Doisy.

L'auteur donne en outre une étude fort complète de la cellule du cancer du sein, de ses produits de sécrétion, une étude clinique des tumeurs du sein et des tumeurs de souris.

Il semble que l'action physiologique des tumeurs du sein soient en rapport avec les lipoïdes, la cholestérine peut être aussi avec certaines cellules dite « osmiaffines » qui contiennent des corps aromatiques.

Ainsi les signes classiques de la cachexie cancéreuse ne résultent pas seulement de la carence en certain produits utiles, mais de l'action de substances nocives dont certaines sont en rapport avec une véritable sécrétion interne.

Ce travail personnel et original qui comporte une étude physiopathologique complète de vingt-sept malades et une fort intéressante expérimentation sur l'animal fait grand honneur, non seulement à l'esprit de recherche et à la conscience de son auteur, mais aussi au nom qu'il porte. M. L. S.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 5 octobre 1943

M. le Président annonce les décès de M. Marchoux, membre titulaire, et de M. le Professeur Pic (de Lyon), membre correspondant national.

Notice nécrologique sur M. Bordier, par M. Strohl.

Nouveaux exemples de dissociation entre le pemphigus cutanéo-muqueux qui guérit et les symptômes généraux qui s'aggravent entraînant la mort. — M. H. Gougerot. — « A plusieurs reprises, notamment avec Brouet à la Société Française de Dermatologie et Syphiligraphie du 14 novembre 1935 et dans les *Archives Dermato-Syphiligraphiques de la Clinique de l'Hôpital Saint-Louis* (septembre 1938, n° 31, p. 369), avec Carteaud et F. Thorell, en 1941, avec Aldou et Duchamp en 1942, nous avons insisté sur cette singulière dissociation qui pose des problèmes difficiles :

Pourquoi l'éruption cutanée et muqueuse « guérissant », la maladie pemphique ou dermatite polymorphe douloureuse de Duhring-Brocq s'aggrave-t-elle et entraîne-t-elle la mort alors que les lésions cutanées et muqueuses ne reparaissent plus ?

Quel mécanisme viscéral ou endocrino-sympathique provoque-t-il la mort de ces pemphigus dont la peau et les muqueuses sont blanchies ? On a l'impression d'une auto-intoxication comme chez les brûlés.

Est-ce parce que l'éruption disparaît ne faisant plus défense cutanée, la maladie s'acharne sur les viscères ?

Pourquoi le traitement est-il efficace sur la peau et les muqueuses et n'agit-il pas sur la « maladie profonde » ? »

Mécanisme de la classification osseuse et théorie des « fixateurs du calcium ». — MM. Jean Roche et Guy-H. Deltour (de Marseille). (Présentation faite par M. Polonovski.) — La calcification osseuse est la mieux étudiée des phases de l'ossification ; son mécanisme demeure néanmoins obscur, car les biochimistes n'ont pas encore réussi à définir par des données précises la signification de ses diverses étapes morphologiques (1). Celles-ci, caractérisées par un œdème de la substance préosseuse, laquelle devient, par ailleurs, très fortement basophile immédiatement avant sa « prise », traduisent l'évolution d'un processus physiologique complexe aboutissant à la formation d'un phosphate de calcium insoluble. Une théorie assez généralement admise, dite « des fixateurs du calcium», interprète à la lumière des faits suivants, établis par Pfaundler (1907) et surtout par Freudenberg et Gyœrgy (1920-1923), les observations classiques des histologistes, entre autres de Policard et Leriche.

Peu de temps après les travaux de Freudenberg et Gyœrgy, Robison établit l'existence dans les os en croissance d'une phosphatase libérant des ions P . O. aux dépens d'esters phosphoriques apportés par les humeurs et dont l'action assure le ravitaillement des os en ces ions.

Ce fait nouveau n'implique pas que l'on doive abandonner la théorie des fixateurs du calcium.

Les recherches de MM. Roche et Deltour leur ont permis de pousser plus loin l'étude du mécanisme de la classification osseuse et d'arriver à la conclusion suivante :

« La calcification osseuse apparaît donc comme un phénomène physiologique très complexe auquel participent activement les protéines et la phosphatase des os, et non comme un processus physicochimique simple régi par le produit de solubilité des ions PO_4 et Ca ++. La représentation qui vient d'en être proposée comporte une part importante d'hypothèse et, de ce fait, peut servir de point de départ à de nombreux travaux. Comme la théorie de Freudenberg et Gyœrgy, elle relie l'élaboration d'un phosphate de calcium insoluble à la transformation des protéines de la substance préosseuse en un support organique du « sel de l'os » spécifiquement apte à fixer celui-ci. Par contre, elle n'attribue plus au calcium la fonction d'élément initiateur ; elle met en évidence l'importance des ions phosphoriques et fait jouer à la phosphatase un rôle plus complexe que celui prévu par la théorie de Robison. »

L'avenir hépatique des ictères infectieux. — M. Etienne Chabrol souligne la fréquence des séquelles hépatiques qu'ont laissées derrière elles les récentes épidémies d'ictères infectieux : crises douloureuses à répétition, gros foie annonçant la rechute de la jaunisse, subictère chronique. Si la mort est exceptionnelle au cours de cette affection, il ressort des rares autopsies d'atrophie subaiguë du foie pratiquées par l'auteur que ces virus épidémiques dessinent dans le parenchyme hépatique des anneaux de mortification, susceptibles d'amorcer une cirrhose cicatricielle de remplacement. C'est dire qu'en dépit de sa dénomination rassurante l'ictère bénin épidémique n'est pas une affection négligeable, durant laquelle malades et praticiens peuvent sacrifier la diététique au désir de combattre rapidement la dénutrition. Cette maladie peut préparer à bas bruit l'action cirrhosante des poisons alimentaires, de l'alcool et de la syphilis et la persistance d'un gros foie et d'une grosse rate doit rappeler au praticien la double menace de la rechute ictérigène prochaine et de l'hépatite chronique à lointaine échéance.

(1) On trouvera un essai de coordination des données histologiques et chimiques sur la formation de la substance osseuse dans : Policard (A.) et Roche (J.). *Ann. Physiol. et Physiochim. Biol.*, 13, 1937, pp. 645-703.

INFORMATIONS

(Suite de la page 306)

Facultés de Médecine de Province

Bordeaux. — M. Granger, institué agrégé, est nommé agrégé.

Liste par ordre de classement des étudiants en médecine de première année autorisés à prendre la cinquième inscription au début de l'année scolaire 1943-1944.

M. Cabanie, Mlle Verdeau, MM. Cornet, Nogaret, David, Chaussée, Pouche, Martie Dupont, Estève, Coyne, Niaussat, Mathio, Faure, Normandin, Roche, Mlle Tanguy, MM. Douence, Fromard, Mlle Soule, M. Caussarieu, Lureau, Charrit, Chalier, Larroque, Laulom, Pelge, Mlles Merzeau, Thinières, Barraud, M. Boursier, Mlle de Secondat, MM. Barthe, Piedagnel, Moulanier, Mlle Mandret, MM. Hourcard, Sollier, Mlle Hudlet, MM. Gellot, Nivet, Savin de Larclause, Lacaton, Nicolas, Mirtin, Mlle Haramburu, MM. Cayla, Péry, Dupouy, Maurice, Serres.

MM. Gazeau, Castex, Poloukhine, Lafargue, Mlles Bayene, Massy, MM. Monguillon, Uthurbide, Deredat, Juge, Bélier, Noche d'Aulray, Bompoint, Berit, Rosoy, Allard, Nappée, Pujo Sausset, Mottu, Plantier, MM. Rigallaud, Labataille, Ley, Guérive, Lesca, Chanaud, Viaud, Caniot, Faurennes, Mayle, Groulier, Lamore, Sainsevin, Grimal, Hosteing, Chevalier, Cazauran, Mlle Bernard, MM. Bargeaux, Neuveglise, Quelet, Monville.

La désignation de M. Poloukhine (n° 52) est réservée jusqu'à décision à intervenir de M. le Ministre.

Lyon. — M. Gaté, professeur d'hydrologie thérapeutique et climatologique est transféré dans la chaire de clinique dermatologique et syphiligraphique, en remplacement de M. Favre, retraité.

M. Rhenter, professeur de clinique obstétricale, a été nommé doyen pour trois ans, à partir du 1er octobre 1943.

Marseille. — Liste des étudiants de première année de médecine admis par M. le Ministre à s'inscrire en 2e année à la suite de l'examen-concours.

MM. Monzat, Bellot, Sobrepère, Jean Fabre, Bozzi, Riztori. Nicolai, Vallecalle, Laporte, Mlle Liardet, M. Héritier, Mlles Lache et Lombard, M. François, Mlle Milliard, MM. Philip, Brémond, Filippi, Guerrini, Mlles Raynaut et Badier, MM. Marteau, G. Racadot, Perrandello, Marmottans, Mulhethaler, Rasmussen, Provençal, Peyrin, Muratore, Trope, Nguyen Van Yen, Poudevigne, Gérard, Moussion, Peyret, Lehingue, Gasteau, Colonne, Barnoud, Lieutaud, Gilly, Lombardi, Le Bescond, Redon, Sayn, Chabert, Abatucci, Aubert, Datchary, Landon, Mlle S.-M. Michel, M. Colleau, Mlle Luchesi, M. Carcassonne, Mlle Nguyen Kim Lieu, M. Bussilet, Mlle Vuillaume, MM. Nalin, Bouygue, Mlle Manoel, M. Stahl, Mlles Mouren, Vincent et Julien, MM. Uhler, Lanzalavi, Mlle S.-L. Michel, MM. Bourde, Abric.

MM. Dor, Mathieu, Trifaud, Corrolleur, Seuillet, Antrassian, Mlle Ronflard, MM. Arène, Antoniotti, Guierre, Colmars, Marriq, Mlle Cardon, M. Fossat, Mlle Gastaud, MM. Giraud, Sènes, Chicalsky, Grinda, Bouchacourt, Multedo, Mlles Charil de Villanfray, Bonnass et Tardieux, MM. Ranque, Devaux, Michel-Léandri, Mlle Pelicier, MM. Cresp, Acquaviva, Mlle Raymond, MM. Vincentelli, Boucabeille, Mlle Mouren, M. Correard, Mlle Van Lennep, MM. René, Frangoulis, Zuccarelli.

Montpellier. — M. Calderas de Kerleau, agrégé d'obstétrique, est chargé provisoirement des fonctions de chef des travaux d'obstétrique.

Un diplôme de **médecine industrielle et du travail** a été créé à la Faculté de Médecine de Montpellier. L'enseigne est à la fois théorique et pratique.

Pourront être admis à suivre les cours : 1° Les docteurs en médecine, français et étrangers ; 2° Les étudiants en médecine pourvus de vingt inscriptions, ayant subi avec succès le cinquième examen de fin d'année.

Inscriptions reçues au Secrétariat du 1er au 12 octobre 1943 inclus. Droits à verser : scolarité, 1.140 fr. ; examen, 150 francs.

L'ouverture des cours est fixée, en principe, au lundi 18 octobre. Durée des cours : un mois. Des renseignements complémentaires seront fournis au Secrétariat de la Faculté.

Un diplôme de **médecine coloniale et tropicale** a été créé à la Faculté de Médecine de Montpellier. L'enseignement est à la fois théorique, pratique et clinique. Pourront être admis à suivre les cours : 1° Les docteurs en médecine, français et étrangers ; 2° Les étudiants en médecine en dernière année d'études.

Inscriptions reçues au Secrétariat du 1er au 9 octobre 1943 inclus. Droits à verser : scolarité, 1.140 francs ; examen, 150 francs.

L'ouverture des cours est fixée, en principe, au 14 octobre, et l'examen aux 6 et 7 décembre. Un avis ultérieur précisera définitivement ces dates. Des renseignements complémentaires seront fournis au Secrétariat de la Faculté.

Liste des étudiants admis à l'examen-concours de fin de première année et autorisés, pour l'année scolaire 1943-1944, à prendre leur cinquième inscription en vue du diplôme d'Etat de docteur en médecine.

Mlle Combier, MM. Gourry, Brunel, Cousin, Dupon, Rapp, Puech, Minvielle, Mlles Diveliovitch et Trémolet, MM. Cougoureux, Galland, Mounier, Scheening, Gourdin, Mlle Bernard, MM. Housay, Bonnel, Mlle Moyet, MM. Orssaud, Serre, Marissal, Faure, Puig Amettler, Naveau, Soulier, Claude Laborde, Guedeney, Fabresse, Mlle Fayet, MM. Fournier, Poujol, Mlle Poulain, MM. Schunfuhrer, Camo, Guibal, Bonnet, Plane, Vedel, Mlle Babou, MM. Minck, Beugelmans, Bernède, Bessuges, Jallatte, Mlle Cahen, M. Sabatier, Mlle Corone, MM. Roger Durand, Piquemal, Mathieu, Carras, Gabriel, Mlles Pantel, Maurel, Pradel, Fettig, MM. Hemmi, Blaquisse, Aubenque, Sambuc, Jean Laborde, Berman, Mlles Moszkowski, Michelle Simon, MM. Marty, Lanoy, Saramito, Maffre de Bauge, Baille, Boixéda, Mlle Calvet, M. Delhon.

MM. Allan, Heyraudt, Mlle Cérès, Mme Demangel, MM. Mazel, Candiotti, Garnier, Foucou, Cardusi, Mlle Ricard, MM. Arnaud, Pistchalsky, Simonner, Falque, Reboul, Mlle Jacotot, MM. Brunet, Marc-Antoine, Mlles Callauda, Rosenbaum, M. Roux, Mlle Annie Simon, MM. Laurès, Bousquet.

Nancy. — Liste des étudiants admis en deuxième année pour l'année scolaire 1943-1944.

M. Becourt, Mlle Moisson, MM. Cadiot, Roset, Paysant, Jeangeorges, Guillemin, Lavaux, Christal, Bathelier, Facq, Lamy, Mlle Albrique, MM. Malitchenko, Aubert, Eglin, Michon, Mlle Delarbre, MM. Séliker, Claude, Commerlet, Marc, Cussenot, Lepori, Becker, Bastien, Beau, Berthemy, Chéry Mlle Pellier, MM. Rémy, Vivien, Geoffroy, Ladaique, Vincent, Mlle Legris, M. Bérard, Mlle Gorius, MM. Le Chevalier, Planchat, Mlle Rozet, MM. Kolb, Bozo, Mlle Messin, MM. Martinot, Soncourt, Thévenin, Lagnier.

Strasbourg. — Liste des étudiants autorisés à prendre leur cinquième inscription année scolaire 1943-1944).

MM. Jean Reitzer, Edmond Dutter, Jean Heyraud, Jean Marescaux, Etienne Mérian, Robert Malassenet, Gabriel Bossu, Jacques Rudrauf, Jean-Emile Schmitt, Alfred Veillon, Roland Champion, Jean Watrin, Henri Perret, Pierre Meyer, Jean Foëx, Marcel Fumius, Bernard Keller, Laurent Feldmann, Mlle Valérie André, MM. André Fieschi, Max Rosen, Jean Baudelot, Charles Barthelmé.

Toulouse. — M. Calvet, agrégé, est chargé provisoirement du service de la chaire d'histologie en remplacement de M. Argaud, retraité. M. Baisset, agrégé, est chargé provisoirement du service de la chaire de physiologie, M. Georges Vanhems est chargé d'enseignement (pharmacie galénique).

M. Lafforgue, retraité, a été nommé professeur honoraire.

Liste des étudiants autorisés pour l'année scolaire 1943-1944 à prendre la cinquième inscription.

MM. Sérié, Daraux, Anglade, Philippe, Savoie, Mlle Daymas, MM. Barbès, Marcessus, Riu, Mlle Schlesser, MM. Aubiban, Pène, Boite, Souyri, Bampunt, Roch, Dupré, Mlle Virol, MM. Rouquairol, Ginoulhac, Gouppe, Blancher, Mlle Pouget, MM. Fournier, Galy, Mlle Camis, MM. Marquès, Comet, Chalan, Canas, Davidou, Lagarrigue, Magnonat, Lasserre, Périch, Mlle Thomas, MM. Jean Bruel, Le Tallec, Mlle Dournes, MM. Marchal, Mangeis, Mlle Hauscknecht, MM. Caillol, Dubarry, Lusignan, Baudéan, Delost, Bielsa, Malecase, Mlle Tallieu, MM. Ledru, Leygonie, Rigaud, Reneyrol, Voisin, Mlles Vedel, Rietzler, MM. Moré, Gabarrou, Mlle Montané.

Mlle Galibert, MM. Lejars, Trinques, Baches, Meyniel, Olivier, Bec, Mlle Azun, MM. Estève, Péroua, Couzinet, Imart, Poujol, Degoy, Guiraud, Chanalet, Azémar, Pichardie, Castel, Moissinac, Franck, Duhamel, Mlle Escloppé, MM. Genestal, Lannes, Chauvin, Mlle Soulier, MM. Berducou, Hitte, Laffargue, Belleville, Delteil, Mlles Py, Andrieu, MM. Lamon, Amselle, Peintre, Mlle Dehorme, MM. Catetz, Pirotte, Canal, Jeantet, Paulhac, Bernardi, Bacqué, Capéran, Souquières, Lalanne, Mlles Murat et Vergé, MM. Carric, Nadal, Vacheron, Mlle Weill, M. Dugès, Mlle Durand, MM. Alvarez, Izard, Remize, Fourny, Dasté, Raymond Bruel, Miquel, de Grove, Nours, Delsol, Vidal, Barrioulet de Vedeely, Mlle Fournié, MM. Fraunié, Dubach, Dupon, Mlle Leroy, MM. Bouisson, Lugan, Barthas, Rouzet, Sarda, Vergnet, Blamont, Rouanet, Mlle Hénoncque, M. Cadiergues.

Ecoles de Médecine

Clermont-Ferrand. — M. Bernard Griffiths, professeur suppléant de pathologie interne et générale est nommé professeur titulaire d'histologie.

Tours. — M. Etienne, professeur de pharmacie et matière médicale, retraité, est nommé professeur honoraire.

Santé Publique

Le Ministre, Secrétaire d'Etat à l'Education nationale et le Secrétaire d'Etat à la Santé et à la Famille, communiquent :

« En vue de faciliter aux **médecins anciens prisonniers** l'accession à certains emplois publics pour lesquels est exigée la possession du diplôme d'hygiène d'une faculté de médecine, le Ministre de l'Education nationale, en accord avec le Secrétaire d'Etat à la Santé et à la Famille, vient d'instituer auprès des Facultés de Paris, Lille, Marseille, Montpellier et Nancy, une série de cours et travaux pratiques permettant une formation accélérée en vue de l'obtention de ce diplôme. La durée de cette série de cours et travaux pratiques sera de deux mois.

Ces cours seront réservés aux candidats docteurs en médecine ou étudiants n'ayant plus que leur thèse à soutenir, et qui auront été retenu en captivité pendant deux années au moins après le 15 juin 1940. »

Conseil technique de l'enfance déficiente et en danger moral. — Par arrêté en date du 25 juillet, le Conseil est ainsi composé :

Président : M. le Dr Heuyer, médecin des hôpitaux.

Secrétaire général : M. le Dr Préaut, médecin-chef à l'Asile national de Saint-Maurice.

Membres : Mlle Courthial, chef du Centre d'orientation et de sélection professionnelles à la Caisse de Compensation de la région parisienne.

M. Dalhen, directeur de la maison d'éducation surveillée de Saint-Hilaire, par Fontevrault (Maine-et-Loire).

M. le Professeur Dechaume, professeur à la Faculté de Médecine de Lyon.

Me Decugis, avocat à la Cour de Paris.

M. le Dr Dublineau, médecin de l'hôpital psychiatrique de Ville-Evrard.

M. le Dr Girard, médecin des hôpitaux de Lyon.

M. Guilmain, professeur pour l'enseignement des arriérés.

M. Haurez, directeur du service du travail des jeunes au secrétariat général à la jeunesse.

M. le Dr Lafon, chargé d'agrégation à la Faculté de Médecine de Montpellier.

M. le Professeur Lagache, professeur à la Faculté des Lettres.

M. le Dr Le Guillant, médecin directeur de l'hôpital psychiatrique de la Charité-sur-Loire.

M. le Dr Lhermitte, médecin-chef de l'hospice Paul-Brousse.

Mlle Mezeix, inspectrice générale des écoles maternelles.

M. le Dr Parisot, président du comité technique de l'Institut national d'action sanitaire des Assurances sociales.

M. Pinaud, directeur de l'Ecole Théophile-Roussel, à Montesson.

M. l'Abbé Plaquevent, directeur de l'Institut pédotechnique, à Toulouse.

M. Pouillot (Pierre), inspecteur général honoraire au Ministère du Travail, codirecteur de l'Institut national d'orientation professionnelle.

M. le Professeur Riser, professeur à la Faculté de Médecine de Toulouse.

Mlle Simonin, inspectrice générale de l'enseignement technique.

M. Viget, instituteur, chef de Centre de jeunesse, délégué dans les fonctions d'inspecteur des centres de jeunes délinquants.

(*J. O.*, 14 sept. 1943.)

Conditions de constitution des comités privés de lutte antituberculeuse. — Le secrétaire d'Etat à la Santé et à la Famille a pris en date du 10 août l'arrêté suivant :


HÉMOLUOL

Art. 1er. — Pour obtenir l'agrément prévu à l'article 4 de la loi du 1er février 1943, les comités privés de lutte antituberculeuse, constitués sous la forme d'Associations régies par la loi du 1er juillet 1901, devront soumettre à l'approbation du préfet leurs statuts et la liste des membres de leur Conseil d'administration. La décision du préfet sera prise après avis du directeur régional de la Santé et de l'Assistance.

Art. 2. — Le Conseil d'administration, composé au maximum de vingt membres, comprend obligatoirement :

Le président du Collège départemental de l'ordre des médecins ou son représentant ;

Un représentant des caisses d'Assurances sociales ;

Un membre du Conseil départemental désigné par celui-ci ;

Un maire, désigné par le préfet ;

Un médecin spécialisé en phtisiologie ;

L'inspecteur de la Santé ;

L'inspecteur de l'Assistance publique ;

Le chef de la division compétente de la Préfecture.

La désignation des autres membres du Conseil d'administration sera faite par l'Association mais ne deviendra définitive qu'après agrément du préfet. Cet agrément sera donné après avis du directeur régional.

Art. 3. — La préparation du budget du comité privé est confiée à une section financière comprenant cinq membres, parmi lesquels figurent obligatoirement le médecin inspecteur de la Santé, l'inspecteur de l'Assistance publique et le chef de la division spéciale de la Préfecture.

Le budget est soumis à l'approbation du Conseil d'administration et, avant le 1er janvier de chaque année, transmis par celui-ci au préfet, accompagné du rapport de la section financière. Le préfet statue après avoir pris l'avis du directeur régional de la Santé et de l'Assistance.

Art. 4. — Le trésorier du comité est obligatoirement choisi parmi les membres de la section financière.

Art. 5. — Les ressources dont il est tenu compte, en application de l'article 16 de la loi, pour l'élaboration du budget du comité, comprennent notamment :

Les cotisations des membres ;

Les revenus des dons et legs sans affectation spéciale ;

Les sommes versées en application des articles 13 et 14 de la loi ;

Les participations des Assurances sociales aux dépenses de fonctionnement des dispensaires.

Le montant de ces participations est déterminé par un arrêté du secrétaire d'Etat au Travail et du secrétaire d'Etat à la Santé et à la Famille.

Art. 6. — Après approbation du budget par le préfet, les dépenses de fonctionnement qui ne sont pas couvertes au moyen des recettes prévues à l'article précédent sont inscrites au budget du département et réparties ultérieurement entre les trois collectivités, comme il est dit à l'article 16 (2e alinéa) de la loi.

Art. 7. — Pour faciliter la trésorerie du comité, des acomptes pourront, après avis de la section financière, lui être versés par le département. Ces acomptes seront calculés en tenant compte à la fois des recettes effectivement encaissées et des échéances auxquelles le comité doit faire face.

Ils seront payés après justifications fournies par le trésorier.

Art. 8. — Les ressources provenant du timbre antituberculeux sont inscrites à un compte spécial et affectées :

1° Au placement en établissement de cure des malades non bénéficiaires des lois d'assistance et au placement familial ou collectif des enfants de familles de tuberculeux ;

2° A l'aide aux tuberculeux et à leur famille, en dehors de l'application des lois d'assistance.

Les sommes inscrites sous ces deux rubriques, en raison de leur affectation spéciale, ne doivent pas entrer en ligne de compte pour le calcul de la dépense à inscrire au budget départemental.

Art. 9. — Le compte rendu moral et les comptes de l'exercice clos accompagnés des observations de la section financière sont communiqués chaque année, en fin d'exercice, au préfet et au directeur régional de la Santé et de l'Assistance. (*J. O.*, 14 sept. 1943.)

Commission pour l'examen des projets de construction, d'agrandissement et d'aménagement des établissements de lutte antituberculeuse. — Par arrêté en date du 3 septembre 1943, il est institué au secrétariat d'Etat à la Santé et à la Famille une Commission chargée d'examiner tous les projets de construction, d'agrandissement ou d'aménagement des établissements relevant de la direction de la Santé et spécialement des établissements de lutte antituberculeuse qui ne sont pas classés bâtiments civils.

Tout projet modificatif, tout devis supplémentaire établi au cours de l'exécution des travaux doit également être soumis à la Commission.

La Commission est composée comme suit :

M. le directeur de la Santé, président ;

M. le Dr Boide, inspecteur général de la Santé ;

M. le Dr Pierre Bourgeois, médecin des hôpitaux de Paris ;

M. le Dr Davy, médecin directeur du sanatorium de Praz-Coutant ;

M. le Dr Reme, médecin directeur du préventorium de Plumelec ;

M. le Dr Etienne Berthet, médecin des dispensaires antituberculeux de l'Isère ;

MM. Sainsaulieu et Sage, architectes D. P. L. G.

Le secrétariat technique de la Commission sera assuré par le contrôleur technique des habitations à bon marché et le secrétariat administratif par le chef du bureau intéressé de la direction de la Santé.

La Commission, suivant la nature des projets à examiner, pourra faire appel à un ou plusieurs techniciens médecins ou architectes pris en dehors d'elle et chargés de rédiger un rapport sur les affaires qui leur seront confiées. Ces rapporteurs assisteront à la Commission avec voix consultative.

Pour les projets n'intéressant pas directement la lutte antituberculeuse, la Commission pourra s'adjoindre un ou plusieurs spécialistes qualifiés. La Commission adresse ses conclusions au secrétaire d'Etat à la Santé.

(*J. O.*, 14 sept. 1943.)

Commission d'hygiène dans les Mines. — Les médecins dont les noms suivent ont été nommés membres de la Commission spéciale chargée de l'étude des questions concernant l'hygiène dans les mines :

MM. les Docteurs Duvoir, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, médecin inspecteur général de la production industrielle ; Leclercq, professeur d'hygiène industrielle à la Faculté de Médecine de l'Université de Lille ; Mazel, professeur de Médecine légale à la Faculté de Médecine de Lyon ; Sureau, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, médecin inspecteur général de la production industrielle et des communications ; Tanon, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, conseiller technique sanitaire, membre du Conseil supérieur d'hygiène de France.

A été nommé, pour l'année 1943, secrétaire, avec voix délibérative : M. le Dr Hanaut médecin conseil du Comité d'Organisation de l'Industrie des Combustibles minéraux solides.

(*J. O.*, 25 septembre 1943.)

Cours

Enseignement et diffusion de la puériculture. Ecole Centrale de Puériculture. Siège social : Comité National de l'Enfance, 51, avenue Victor-Emmanuel-III, Paris (8e).

Toute élève qui aura subi avec succès l'examen de sortie (théorique et pratique) recevra soit un certificat d'auxiliaire, soit un diplôme spécialisé de puéricultrice.

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétariat de l'Ecole, Comité National de l'Enfance, 51, avenue Victor-Emmanuel-III, Paris.

Ecole pratique des Hautes Etudes. — Du 25 au 30 octobre (les après-midi), à l'Institut Marey, sous la direction de M. Fessard, avec le concours de M. Bull et de divers techniciens, auront lieu des démonstrations, exercices pratiques et présentations d'appareils portant principalement sur les techniques électriques d'enregistrement en physiologie. S'inscrire avant le 10 octobre, à l'Institut Marey, avenue Gordon-Bennet, Paris (16e).

Cours de radiologie clinique. — M. R. Ledoux-Lehard, chargé de cours, commencera le vendredi 1er octobre 1943, à 17 heures, à l'Amphithéâtre de physique de la Faculté de Médecine et continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure, une série de leçons consacrées à l'usage des notions indispensables de radiodiagnostic clinique médico-chirurgical, d'interprétation radiologique et de radiothérapie (rœntgenthérapie et curiethérapie).

Naissance

Le Dr A. Raybaud, ancien rédacteur en chef du *Marseille Médical*, a l'honneur et le plaisir de faire part de la naissance du dixième de ses petits-enfants, Charles-Antoine, né le 4 septembre courant, second fils et sixième enfant des Docteurs Antoine Raybaud, médecin des hôpitaux de Marseille et Mme, née M.-L. Saillet, ancienne interne des hôpitaux de Marseille.

Nécrologie

— Le Dr F. Foveau de Courmelles, électro-radiologiste, à Paris, Officier de la Légion d'honneur, décédé dans sa 81e année.

— Le Dr Jolicœur (de Reims), victime d'un attentat.

LOI N° 497 DU 14 SEPTEMBRE 1943

relative à l'organisation de la profession de sage-femme.

TITRE PREMIER

Organisation de la profession de sage-femme

Article premier. — Les sages-femmes habilitées à exercer leur profession sont groupées au sein de l'ordre national des médecins dans les conditions définies ci-après.

Chapitre premier

Des collèges départementaux des sages-femmes

Art. 2. — Dans chaque département, les sages-femmes habilitées à exercer leur profession sont groupées en un collège départemental des sages-femmes qui possède des attributions corporatives identiques à celles du collège départemental des médecins.

Art. 3. — Chaque collège est administré sous le contrôle du conseil national de l'ordre des médecins et de sa section spécialisée des sages-femmes par un conseil composé de six ou neuf membres élus par les sages-femmes du département. Il est présidé par un médecin désigné pour trois ans par le directeur régional de la santé et de l'assistance, après avis du conseil du collège départemental des médecins et choisi de préférence parmi les médecins gynécologues ou accoucheurs du département.

Les élections ont lieu selon les règles prévues par l'article 3 de la loi du 10 septembre 1942.

Les conditions d'éligibilité des sages-femmes sont les mêmes que celles prévues pour les médecins par l'article 3 de la loi du 10 septembre 1942. Les membres élus du conseil sont nommés pour six ans et renouvelables par tiers tous les deux ans. Les membres sortants sont rééligibles.

Art. 4. — Les conseils des collèges des sages-femmes peuvent conclure des accords avec les collèges départementaux des médecins, en vue de la création d'organismes interprofessionnels de solidarité conformes aux dispositions de l'article 6 de la loi du 10 septembre 1942.

Art. 5. — Le conseil du collège des médecins et celui du collège des sages-femmes peuvent se réunir en vue de la discussion de questions intéressant les deux professions ; cette réunion est présidée par le président du conseil du collège des médecins.

Chapitre II

Des attributions du conseil régional de l'ordre des médecins et de la chambre de discipline du conseil national de l'ordre des médecins en matière d'exercice de la profession de sage-femme.

Art. 6. — Pour tout ce qui concerne l'honneur, la moralité et la discipline de leur profession, les sages-femmes sont soumises à la juridiction des conseils régionaux de l'ordre des médecins et, en appel, de la chambre de discipline du Conseil national de l'ordre.

Art. 7. — Pour toutes les affaires concernant les sages-femmes, le conseil régional de l'ordre des médecins est complété par deux sages-femmes de la région, nommées par le secrétaire d'Etat à la santé et à la famille sur des listes de présentation établies par les conseils des collèges départementaux des sages-femmes et comportant trois fois plus de noms que de sièges à pourvoir ; les sages-femmes membres du conseil régional sont nommées pour six ans ; leurs pouvoirs sont renouvelables.

Pour les mêmes affaires, la chambre de discipline du conseil national de l'ordre des médecins est complétée par deux sages-femmes membres de la section des sages-femmes du conseil national instituée par l'article 8 de la présente loi ; elles sont désignées par les membres de ladite section.

Chapitre III

De la section des sages-femmes du conseil national de l'ordre des médecins

Art. 8. — Il est institué une section des sages-femmes du conseil national de l'ordre des médecins qui exerce, en ce qui concerne la profession de sage-femme, des attributions identiques à celles reconnues au conseil national de l'ordre des médecins par les articles 6, 12, 13 et 14 de la loi du 10 septembre 1942. Toutefois, la section des sages-femmes ne peut délibérer sur les questions intéressant la protection de la santé publique et de l'hygiène que réunie au conseil national de l'ordre des médecins.

Art. 9. — Au moins une fois par an, le Conseil national de l'ordre des médecins se réunit à sa section des sages-femmes pour examiner les questions d'ensemble intéressant la profession de médecin et celle de sage-femme.

Art. 10. — La section des sages-femmes du conseil national de l'ordre des médecins est composée de quatre docteurs en médecine gynécologues ou accoucheurs et de cinq sages-femmes désignées par le secrétaire d'Etat à la santé et à la famille.

Les membres de la section des sages-femmes sont désignés pour six ans ; leurs pouvoirs sont renouvelables. La section est renouvelable par tiers tous les deux ans.

Art. 11. — La section des sages-femmes se réunit au moins six fois par an. Son président est choisi tous les ans par le secrétaire d'Etat à la santé et à la famille parmi les docteurs en médecine membres de la section.

Art. 12. — Les dispositions de l'article 17 de la loi du 10 septembre 1942 relatives à la tenue des séances et aux décisions du conseil national de l'ordre des médecins sont applicables aux séances et aux décisions de la section des sages-femmes.

Art. 13. — Les règles d'exercice de la profession de sage-femme seront fixées par un règlement d'administration publique pris après consultation du conseil national de l'ordre des médecins réuni à sa section des sages-femmes.

TITRE II

De l'inscription au tableau et de la discipline

Art. 14. — Le conseil régional de l'ordre des médecins, complété ainsi qu'il est dit à l'article 7 ci-dessus, dresse par département un tableau public des sages-femmes qui, remplissant les conditions imposées par les lois et règlements, sont admises, conformément aux dispositions du présent titre, à pratiquer leur profession.

Art. 15. — L'inscription des sages-femmes au tableau est faite dans les conditions prévues aux articles 35 à 38 de la loi du 10 septembre 1942.

Art. 16. — Au moment de leur inscription, les sages-femmes prêtent serment devant le conseil régional d'exercer leur profession avec conscience, dévouement et probité.

Art. 17. — Les conseils régionaux et la chambre de discipline du conseil national de l'ordre des médecins, complétés comme il est dit ci-dessus, exercent la juridiction disciplinaire dans les conditions prévues par les articles 40 à 43 et 45 à 48 de la loi du 10 septembre 1942 relative à l'ordre des médecins.

TITRE III

Dispositions générales

Art. 18. — Les sages-femmes ne peuvent se grouper en associations régies par le livre III du code de travail. Elles ne peuvent se grouper en associations régies par la loi du 1er juillet 1901 que dans un dessein étranger à la défense de leurs intérêts professionnels et avec l'autorisation du secrétaire d'Etat à la santé et à la famille, donnée après avis du conseil national de l'ordre constitué comme il est dit à l'article 9 ci-dessus. Cette autorisation peut être retirée dans les mêmes formes.

Les associations existant à la date de publication de la présente loi tombant sous le coup des interdictions portées au présent article seront dissoutes de plein droit à une date qui sera fixée par arrêté du secrétaire d'Etat à la santé et à la famille.

Art. 19. — La section des sages-femmes du conseil national de l'ordre des médecins et les collèges départementaux des sages-femmes sont dotés de la personnalité civile.

Art. 20. — Les biens des organisations dissoutes en exécution des dispositions du deuxième alinéa de l'article 18 de la présente loi seront mis sous séquestre par arrêté du préfet, administrés et liquidés par l'administration de l'enregistrement dans les conditions prévues par la loi du 5 octobre 1940 et par l'arrêté du 23 novembre suivant. Ils seront dévolus à la section des sages-femmes du conseil national de l'ordre ou au conseil des collèges départementaux des sages-femmes dans les conditions qui seront précisées par un arrêté des secrétaires d'Etat à l'économie nationale et aux finances et à la santé et à la famille.

Art. 21. — Les opérations visées à l'article précédent, y compris les actes d'apport, de vente ou de partage auxquels elles pourront donner lieu, sont dispensées de tout droit au profit du Trésor ; les honoraires des officiers publics ou ministériels et experts et les salaires des conservateurs des hypothèques afférents à ces opérations sont réduits de moitié.

Art. 22. — Est passible des peines prévues pour l'exercice illégal de la profession de sage-femme toute personne se livrant à l'exercice répété d'actes relevant de la profession de sage-femme sans être inscrite au tableau des sages-femmes prévu à l'article 14 ci-dessus.

Art. 23. — Des règlements d'administration publique détermineront les conditions d'application de la présente loi et notamment les conditions dans lesquelles sera effectuée la désignation des membres des organismes institués par la présente loi, les règles d'élections, les recours auxquels elles peuvent donner lieu et les modalités de fonctionnement de ces organismes.

Dans les limites prévues par l'article 3 ci-dessus, le nombre des membres de chaque conseil du collège départemental des sages-femmes est fixé par arrêté du secrétaire d'Etat à la santé et à la famille.

Art. 24. — A titre transitoire, le premiers conseils des collèges départementaux des sages-femmes seront composés de membres nommés par le secrétaire d'Etat à la santé et à la Famille. Un tiers de ceux-ci, désigné par la voie du sort, sera renouvelé par voie d'élection après un délai de deux ans ; un second tiers, également désigné par la voie du sort, après un délai de quatre ans ; le troisième tiers après un délai de six ans.

Art. 25. — L'article 10 de la loi du 30 novembre 1892 est abrogé en ce qui concerne les listes départementales des sages-femmes ainsi que toutes autres dispositions contraires à la présente loi. (*J. O.*, 22 septembre 1943.)

LIVRES NOUVEAUX

Les symptômes de la tuberculose pulmonaire clinique, physiologie pathologique, thérapeutique, par M. Edouard RIST. Un vol. grand in-8° de 585 pages. Masson et Cie éditeurs, Paris 1943. Prix : 175 francs.

Le titre de ce très important ouvrage appelle une définition. En effet, rappelle M. Rist dans son introduction, « l'habitude s'est prise en France de confondre plus ou moins les symptômes avec les signes ». Or il est « fort important de maintenir entre ces deux termes la distinction de principe qu'observait déjà Laennec et à laquelle presque partout ailleurs et singulièrement dans les pays de langue anglaise, on est demeuré attaché.

« *Le symptôme* est une manifestation extérieure de la maladie que le médecin observe directement, empiriquement, en spectateur attentif. C'est ce qu'éprouve le malade et qu'il raconte : la douleur, la nausée, le vertige, le frisson, la chaleur, la fatigue. C'est ce qui se passe sous le regard du médecin et qu'il enregistre : la toux, l'expectoration, le vomissement, l'accès convulsif, le délire, l'amaigrissement, la pâleur, la cyanose, la dyspnée.

« *Le signe*, au contraire, est un phénomène provoqué délibérément par le médecin pour saisir une manifestation morbide qui, sans son intervention, ne se serait pas produite. C'est la mise en évidence par un procédé technique d'une altération anatomique ou d'un trouble physiologique définis... La toux, la gêne respiratoire, l'hémoptysie, sont des symptômes. La matité, le souffle, les râles, l'égophonie sont des signes. » Il faut, pour les obtenir une initiative du médecin et l'usage d'une technique. « Laennec ne s'était pas mépris sur ce qui distingue les signes des symptômes... » Il fut « le véritable initiateur de la médecine des signes. »

Après avoir ainsi dissipé toute équivoque sur le titre de l'ouvrage, M. Rist expose son plan :

Il s'est proposé d'écrire « un traité, non de diagnostic, mais de symptomatologie pulmonaire. Prenant les symptômes pour thème, je me suis attaché, dit-il, d'abord à les décrire dans leurs nuances et leurs variétés, à les situer dans l'évolution de la maladie, à définir l'orientation qu'ils donnent en pratique à la recherche des signes et à l'établissement du diagnostic, à montrer comment leur observation guide la prévision pronostique et contrôle les effets de la thérapeutique. En un mot j'en ai fait l'étude clinique. »

M. Rist précise aussi qu'il a abordé tous les phénomènes du point de vue de la physiologie pathologique avec rappels de physiologie normale.

Il a fait encore une place judicieuse au *traitement*. Il nous prévient toutefois que son livre n'est pas un traité de thérapeutique. En effet, depuis les travaux de Carlo Forlanini, depuis le livre de Dumarest qui les introduits en France, la collapsothérapie est devenue un ensemble de techniques médicales et chirurgicales d'une extrême complexité. M. Rist s'est donc limité au *traitement des symptômes* eux-mêmes, l'hémoptysie, la dyspnée asphyxiante que crée une perforation pulmonaire, la toux émétisante, la diarrhée, l'anorexie qui méritent une thérapeutique plus directe.

A propos de ces divers traitements, l'auteur fait des rappels historiques. Ces rappels sont fort utiles pour bien comprendre l'évolution de certaines questions. Citons notamment le dernier chapitre de l'ouvrage, consacré à la perte des forces. Sa lecture montre bien tout le chemin parcouru depuis plus d'un siecle.

Il y a 150 ans Brown soutenait que la faiblesse était à l'origine de toute maladie, d'où la nécessité de tonifier l'organisme. A l'inverse, Broussais voyait partout irritation et excès et il préconisait la saignée. La médication tonique procédait directement de ce que Gubler appelait la dynamique vitale.

Ce fut alors la grande vogue des toniques. Vogue parfaitement imméritée.

Pendant longtemps le quinquina, le fer, l'ergot de seigle, la noix vomique tinrent la vedette. Le repos au lit n'était pas à la mode, il répugnait d'ailleurs aux malades qui craignaient de s'affaiblir.

Depuis 45 ans des travaux sur la pathogénie de cette asthénie marquent une nouvelle orientation. La diversité des facteurs à laquelle peut être due la perte de forces fait l'objet de nombreuses recherches. Elles montrent qu'on peut rapporter cette sensation à la fatigue de la musculature striée, à la dénutrition, à l'insuffisance surrénale.

M. Rist rappelle à ce propos que, dès 1899, MM. Sergent et Léon Bernard publièrent l'observation princeps d'insuffisance surrénale aiguë, qui est le point de départ de la nouvelle orientation. Il rappelle encore que dans la maladie bronzée d'Addison et dans l'insuffisance surrénale aiguë ou subaiguë sans mélanodermie, comme dans le syndrome expérimental qui résulte de l'ablation des capsules surrénales, l'extrême fatigue de l'appareil musculaire strié est un symptôme essentiel et capital.

La maladie d'Addison, comme les insuffisances surrénales aiguës ou subaiguës, à le plus souvent pour cause la tuberculose caséeuse massive destructive dss deux cortico-surrénales. On serait donc tenté de croire que la fatigue des tuberculeux pulmonaires vient d'une insuffisance surrénale aiguë ou subaiguë.

Or, la coïncidence d'une maladie d'Addison et d'une tuberculose pulmonaire est extrêmement rare. En 27 ans, M. Rist en a vu un seul cas. Il discute cette question, rappelle les recherches de Calmette et le très important travail de Sézary sur l'anatomie pathologique des surrénalites scléreuses.

On voit combien est compliqué le problème sur lequel Sergent a insisté « avec persévérance » (*Gaz. Hôp.*, 11 juillet 1912). Dès cette époque, Sergent avait entrevu la possibilité d'un principe révélateur qui constituerait un signe pathognomonique de l'insuffisance surrénale.

Et voici que le vœu prophétique de Sergent trouve une vérification dans un travail tout récent de MM. Chiray, Mollard, Maschas et Durel (Pathologie surrénale et tuberculose pulmonaire évolutive, in *Presse Médicale*, 5 sept 1942, p. 549).

Ces auteurs estiment que le traitement d'épreuve par la désoxycosterone de synthèse est le seul moyen que nous possédions de diagnostiquer l'insuffisance surrénale au cours de la tuberculose pulmonaire.

La solution du problème se trouvera-t-elle sur le plan hormonal ? L'avenir nous le dira. Notons en attendant la conclusion de M. Rist : « Seule la désoxycorticostérone peut, dans certains cas probablement assez rares, où l'insuffisance surrénale est un facteur réel de la perte des forces, avoir une efficacité thérapeutique décisive ». Devant cette attitude réservée, on peut penser que le repos absolu et la suralimentation, quand elle est possible, s'imposent plus que jamais contre la perte des forces des tuberculeux.

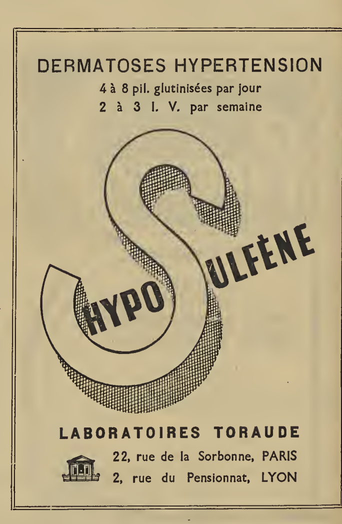
M. Rist, absorbé par ses recherches personnelles et par son service hospitalier n'avait pu jusqu'ici consacrer le temps nécessaire à l'œuvre de longue haleine qu'on attendait de lui. Sa retraite des hôpitaux, le besoin de chercher dans le travail un dérivatif aux douleurs présentes l'ont amené à nous donner l'ouvrage qui vient de paraître.

Ce traité porte sa marque : la précision et la rigueur qu'il a coutume d'apporter dans ses publications. L'auteur n'avance rien qu'il n'ait contrôlé aux sources et dans la langue d'origine. Peu d'auteurs possèdent une érudition leur permettant un semblable contrôle.

F. L. S.

Le Directeur-Gérant : Dr François LE SOURD.
Imp. Tancrède, Paris - 31.1080 (Autorisation n° 83)


PANTOPON
ROCHE
OPIUM TOTAL
SOMNIFÈNE
ROCHE
HYPNOTIQUE
SÉDOBROL
ROCHE
TRAITEMENT BROMURÉ
SÉDORMID
ROCHE
HYPNOGÈNE
ALLONAL
ROCHE
ANALGÉSIQUE
PRODUITS "ROCHE"
10, RUE CRILLON, PARIS


DERMATOSES HYPERTENSION
4 à 8 pil. glutinisées par jour
2 à 3 I. V. par semaine
HYPOSULFÈNE
LABORATOIRES TORAUDE
22, rue de la Sorbonne, PARIS
2, rue du Pensionnat, LYON

Nº 21. — 1er NOVEMBRE 1943 — 116e ANNÉE — Ce numéro : 2 francs.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT. — Un an : France et Colonies, 75 fr. Etudiants, 40 fr.; Etranger : 1re zone, 110 fr., 2e zone, 125 fr. *Chèques postaux : Paris 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e). Téléphone : LITTRÉ 54-93

POUR NOS ABONNÉS DE LA ZONE NON OCCUPÉE, adresser renouvellements et toutes communications aux Messageries Hachette, 12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône) *Chèques postaux : Lyon 218* (Service *Gazette des Hôpitaux*)

SOMMAIRE

Bi-hebdomadaire paraissant provisoirement deux fois par mois

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris

Concours pour une place d'électro-radiologiste des hôpitaux. — Jury : MM. les Drs Ronneaux, Devois, Pestel, Truchot, Coliez, Desgrez, Ordioni, électro-radiologistes ; Coste, médecin ; Soupault, chirurgien.

Concours pour une place d'électro-radiologiste des hôpitaux. — CONCOURS SPÉCIAL POUR PRISONNIERS LIBÉRÉS. — Jury : MM. les Drs Duhem, Gilson, Lepennetier, Mallet, Joly, Ledoux-Lebard, Gally, électro-radiologistes ; Henri Benard, médecin ; Desplas, chirurgien.

Concours d'ophtalmologiste des hôpitaux. — Liste des membres du jury par ordre de tirage au sort : MM. les Drs Cantonnet, Coutela (H.), Monbrun, Bourdier, Prélat, Favory, Parfonry, ophtalmologistes ; Faroy, médecin ; Menégaux, chirurgien.

Concours pour la nomination d'assistants en médecine des hôpitaux de Paris. — Ce concours sera ouvert le vendredi 17 décembre 1943, à 9 heures, à l'Administration centrale, salle du Conseil de surveillance, 3, avenue Victoria (2e étage). Cette séance sera consacrée à l'épreuve théorique écrite.

MM. les Docteurs en médecine qui désireront concourir devront se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria, Bureau du Service de Santé (escalier A, 2e étage), tous les jours (samedis, dimanches et fêtes exceptés), de 14 heures à 17 heures, depuis le lundi 15 novembre jusqu'au mardi 30 novembre 1943 inclusivement.

Concours pour la nomination à une partie des places d'élève externe en médecine vacantes le 1er mai 1944 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris. — L'ouverture du concours aura lieu le vendredi 10 décembre 1943, à 9 h. 1/2, à la salle Wagram. Entrée pour les candidats de Paris et de la zone occupée par le 5, rue de Montenotte (Métro : Etoile ou Ternes). Les étudiants qui désirent prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria, Bureau du Service de Santé (escalier A, 2e étage) tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 14 à 17 heures, depuis le mercredi 3 novembre jusqu'au vendredi 19 novembre 1943 inclusivement. Les candidats absents de Paris ou empêchés pourront demander leur inscription par lettre recommandée. Seront seuls admis dans la salle où aura lieu la composition écrite, les candidats porteurs de la carte d'identité et du Bulletin spécial délivré par l'Administration et constatant leur inscription au concours. Les candidats sont obligatoirement tenus d'occuper, pour rédiger leurs compositions, les places marquées à leur nom.

CONDITIONS D'ADMISSION AU CONCOURS. — Tout étudiant qui justifie de quatre inscriptions au moins prises dans l'une des Facultés de Médecine françaises peut se présenter au concours pour les places d'élève externe sous la réserve qu'il ne tombe pas sous le coup de la loi du 2 juin 1941 portant statut des juifs.

AVIS TRÈS IMPORTANT. — Les candidats ayant pris part au concours spécial ouvert le 23 juin 1943 ne peuvent se présenter au présent concours.

Hôpitaux de Province

Clermont-Ferrand. — Un concours sur épreuves et sur titres aura lieu à l'Ecole de Médecine de Clermont-Ferrand, au cours de la deuxième quinzaine de janvier 1944 pour le recrutement du personnel suivant :

HÔPITAUX DE CLERMONT-FERRAND : Trois assistants de chirurgie ; deux assistants de médecine ; un assistant de phtisiologie ; un assistant de dermato-vénéréologie ; un assistant d'oto-rhino-laryngologie ; un assistant d'ophtalmologie ; deux assistants d'obstétrique ; deux assistants d'électro-radiologie ; trois assistants de stomatologie ; huit assistants d'anesthésie.

HÔPITAUX DE MONTLUÇON. — Un gynécologue accoucheur.

HÔPITAL DE VICHY. — Un médecin électro-radiologue ; un médecin phtisiologue.

Les candidats devront faire parvenir à M. le Directeur Régional de la Santé et de l'Assistance, à Clermont-Ferrand, 10, rue Beaumarchais, avant le 31 décembre 1943, un dossier constitué conformément aux dispositions de l'arrêté du 13 août 1943 inséré au « Journal officiel » du 7 septembre 1943.

Faculté de Médecine de Paris

M. Lucien Brumpt, ancien interne des hôpitaux de Paris, assistant titulaire du laboratoire de parasitologie, est délégué provisoirement dans les fonctions d'agrégé de parasitologie coloniale.

M. Lantuéjoul, agrégé, est provisoirement chargé de la direction de la clinique obstétricale Tarnier en attendant la nomination du nouveau titulaire de la chaire.

Facultés de Médecine de Province

Marseille. — Par arrêté en date du 6 octobre 1943, la chaire d'anatomie de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université d'Aix-Marseille (dernier titulaire : M. Corsy) est déclarée vacante. (*J. O.*, 17 octobre 1943.)

Montpellier. — Un certificat d'études préparatoires et un diplôme de radiologie et d'électrologie médicales ont été créés à la Faculté de Médecine de Montpellier.

La durée de l'enseignement est de trois années. A la fin de la première année, les étudiants pourront se présenter à un premier examen et obtenir le certificat d'études préparatoires de radiologie et d'électrologie médicales.

Les examens de diplôme ont lieu à la fin de la troisième année ; ils comprennent l'exposé et la discussion de deux mémoires sur un sujet donné au candidat et sur un sujet choisi par lui, des épreuves orales et des exercices cliniques pratiques.

Sont admis à suivre l'enseignement : les docteurs en médecine français et étrangers ; les étudiants en médecine français et étrangers pourvus de vingt inscriptions validées.

Pour l'année scolaire 1943-1944, l'ouverture des cours est fixée en principe au 1er décembre 1943 et les examens sont prévus pour le 15 mai environ.

Un avis ultérieur précisera définitivement l'horaire des cours et exercices. Tous renseignements complémentaires seront fournis au Secrétariat de la Faculté.

Ecoles de Médecine

Angers. — M. le Dr Amsler, chargé de cours, est nommé professeur titulaire de bactériologie (création).

M. le Dr Bouchy, chargé de cours, est nommé professeur titulaire de clinique obstétricale (en remplacement de M. Boquel, retraité).

Caen. — M. Gaffre, docteur en pharmacie, est délégué provisoirement dans les fonctions de chargé de cours de toxicologie.

Légion d'honneur

DÉFENSE NATIONALE. — Chevalier à titre posthume. — M. Bosquier (Robert), médecin-lieutenant à la Compagnie du Génie 68/2, a été cité. (*J. O.*, 15 octobre 1943.)

Médaille militaire. — Paul Garnier, médecin auxiliaire de la Compagnie du Génie 21/1 (Croix de guerre avec palme). (*J. O.*, 14 sept. 1943.)

Académie de Médecine. — Dans la séance du 26 octobre, M. le Professeur Jean Troisier a été élu membre titulaire dans la 1re section (médecine).

Cours

Conseil supérieur de l'Assistance de France. — M. le Dr Laurès, représentant du Conseil supérieur de l'Ordre des Médecins, est nommé membre du Conseil supérieur de l'Assistance de France, au titre de membre de droit, en remplacement de M. le Dr Nédelec.

Commission permanente du codex. — Sont nommés membres de la Commission permanente du codex pour une durée de trois ans : Président : M. Aublant, secrétaire général de la Santé ; Vice-présidents : Professeur Baudoin, doyen de la Faculté de Médecine de Paris et Professeur Damiens, doyen de la Faculté de Pharmacie de Paris ; Secrétaire général : M. Grégoire, chef du service central de la Pharmacie ; Secrétaire technique : Professeur Janot (Paris) ; Secrétaires techniques adjoints : M. Lormand, directeur du laboratoire national de contrôle des médicaments et M. Völckringer, chef de la 1re section technique au service central de la pharmacie.

a) Membres présentés par le ministre secrétaire d'État à l'Education nationale : Prof. Aubertin (Paris), Prof. Bénard (Paris), Prof. Cadenat (Paris), Prof. Flessinger (Paris), Prof. P. Harvier (Paris), Prof. Loeper (Paris), Prof. Tiffeneau (Paris), Prof. Delaby (Paris), Prof. Fabre (Paris), Prof. Fleury (Paris), Prof. Mascré (Paris), Prof. Picon (Paris), Prof. Régnier (Paris), M. Charonnat (Paris), M. Valette (Paris).

b) Membres désignés par le secrétaire d'État à la Santé et à la Famille : Prof. Delépine, Prof. Goris, Prof. Tréfouël, M. Mussy, M. Papillaud, Prof. Hazard (Paris), Prof. Ramon (Garches), Prof. Simonet (Alfort), Prof. Vuillaume (Alfort), M. Velluz (Val-de-Grâce), MM. René Bernier (Paris), Lantenois, Peneau, Pierre Poulenc, Schuster.

Les membres désignés à l'article précédent prendront leurs fonctions à compter du 1er octobre 1943. (*J. O.*, 30 sept. 1943.)

Conseil de perfectionnement des écoles de sages-femmes. — Par arrêté du 22 septembre 1943, indépendamment des membres de droit, le Conseil de perfectionnement des écoles de sages-femmes, créé par la loi du 17 mai 1943, est composé comme suit : M. le Dr Boidé, inspecteur général de la Santé et de l'Assistance ; M. le Dr Cayet, directeur régional de la Santé et de l'Assistance ; MM. les Professeurs Couvelaire, Garipuy, Portes, Rhenter et Rohmer, nommés par le ministre secrétaire d'État à l'Education nationale ; M. le Professeur Rongier, Mme Pelican, Mlles Guéprate, Fumey et Greiner, nommés par le Secrétaire d'État à la Santé et à la Famille ; M. le Professeur Auvigne, représentant le Conseil national de l'Ordre des Médecins ; Mlle Galdou, représentant l'organisation professionnelle des sages-femmes.

Font également partie du Conseil à titre consultatif : M. le Dr Paul Balard et Mme Balivet. (*J. O.*, 13 octobre 1943.)

La cérémonie de la Flamme

C'est à la Fédération des Associations Amicales de Médecins du Front que revient l'honneur de raviver la flamme sous l'Arc de Triomphe, le vendredi 19 novembre, à 18 h. 30.

(*Voir suite page 334*).

Nécrologie

Nous avons le vif regret d'apprendre la mort, à l'âge de 72 ans, du Dr Oscar Lambret, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de l'Université de Lille, directeur du Centre anticancéreux de la région du Nord et de l'Institut de recherches sur le cancer. Le Professeur Lambret était membre correspondant de l'Académie de Médecine depuis 1936 et membre de l'Académie de Chirurgie. Vice-président des hospices de Lille, il avait pris une part active à la réfection des hôpitaux de Lille et notamment à la construction du grand bloc hospitalier de Lille. Il était grand officier de la Légion d'honneur.

On n'a pas oublié que le Professeur Lambret présida à Paris, en 1931, le XLe Congrès de l'Association française de Chirurgie.

Nous adressons à sa famille et en particulier à son gendre, le Dr Robert Coliez, médecin électroradiologiste des Hôpitaux de Paris, l'expression de nos condoléances émues.

— Dr Albert Pelletier, ancien urologiste de la Maison départementale de Nanterre, décédé à Paris.

— Dr Robert Hanriot, de Lisse, près d'Essonnes, décédé accidentellement.

CHRONIQUE

L'Assemblée générale de l'Association générale des Médecins de France

Le 10 octobre a eu lieu à Paris, sous la présidence de M. le Doyen Baudouin, la 78e Assemblée générale de l'A. G. La dernière Assemblée générale s'était tenue le 21 mai 1939. Les douloureux événements survenus depuis cette époque n'avaient pas permis de reprendre plus tôt cette traditionnelle Assemblée.

M. le Président Baudouin, en ouvrant la séance, pria M. Bellencontre, président d'honneur, MM. Paul Claisse (Paris) et Thiéry (Meuse), vice-présidents, et M. André Touchard, secrétaire général, de prendre place au bureau. Il prononça ensuite le discours d'ouverture avec beaucoup de simplicité et d'autorité. Après avoir remercié les confrères présents — ils étaient 61, venus de tous les points de l'horizon, — M. Baudouin rappela avec émotion les noms des confrères disparus depuis la dernière Assemblée : le président Chapon, M. Zipfel, et enfin notre ami Darras, vice-présidents. Il exposa ensuite les graves questions qui s'imposent à l'examen des médecins et dont les vœux des Sociétés locales indiquent l'importance.

Le rapport du secrétaire général M. André Touchard, précisa le fonctionnement des services de l'A. G. M. Touchard rappela les vœux émis lors des réunions d'information de Paris et de Vichy, en 1942. Ces vœux, on le sait, demandaient avec instance que les services d'assistance qui incombent à la corporation fussent confiés par l'Ordre des Médecins à l'Association Générale des Médecins de France, déjà bien organisée à ce point de vue.

Il insista ensuite sur les vœux récents émis par les Sociétés départementales : Ain, Meurthe-et-Moselle, Drôme, Ardèche, Seine-et-Oise. Ces vœux se rapportant tous au taux de la cotisation, à son mode de perception et à l'adhésion obligatoire à une société d'entr'aide.

Le rapport du trésorier M. Jules Bongrand, malheureusement absent, fut évoqué par M. Brindeau, rapporteur de la Commission de vérification des comptes. Indiquons seulement que la fortune de l'A. G. se monte actuellement à un total de 11.851.342 fr. 20.

Le total des secours distribués s'élève pour 1942 à 1.056.000 francs.

Actuellement, aux détresses confraternelles s'ajoutent les détresses dues aux bombardements. La Caisse de guerre, alimentée par de nombreuses souscriptions de confrères, parmi lesquelles les très importants versements de M. Debat, a pu distribuer des secours rapides et massifs.

Le rapport de M. Bongrand expose ensuite le fonctionnement de la retraite du médecin, réalisée depuis vingt ans par l'A. G. Cette formule logique et équitable permet à chacun de constituer sa retraite par des versements avec entrée en jouissance à l'âge choisi par lui, qu'il continue ou non d'exercer la médecine.

Les élections au Conseil général qui suivirent furent l'occasion d'un vote unanime en faveur des confrères proposés par le bureau.

Notons que M. Baudouin qui préside par intérim l'A. G. a été élu vice-président. Cette élection était nécessaire pour lui permettre d'être réélu l'an prochain — dans toutes les règles — à la présidence de l'A. G.

Après le rapport de M. Doizy sur les allocations annuelles demandées à l'Assemblée générale, M. le Président Baudouin ouvrit la discussion sur les vœux émis par les Sociétés départementales. Successivement on entendit MM. Rougeuille (Eure), Le Lorlet (Paris) Thiéry (Meuse), Baranger (Oise), Cibrie (Paris), Bailleul (Orne), Ducourneau (Landes), il semble que l'ensemble des confrères soit favorable au groupement des cotisations. Les Sociétés départementales encaisseraient la cotisation de l'Ordre des Médecins en même temps que leur propre cotisation. Enfin tout le monde est d'avis qu'il faudrait élever le taux de la cotisation (100 fr. apparaît un minimum faible) afin de pouvoir utilement faire de *l'entr'aide*. F. L. S.

ORDRE DES MEDECINS

Le dépouillement du scrutin pour la désignation des membres des conseils de collèges départementaux des praticiens de la profession dentaire aura lieu les jeudi 25 et vendredi 26 novembre 1943, à quinze heures.

(*J. O.*, 22 octobre 1943.)

Conseils régionaux de l'Ordre des Médecins. — Par arrêté en date du 9 octobre 1943, la composition des conseils régionaux de l'Ordre des Médecins est modifiée ainsi qu'il suit (Voir *Gaz. Hôp.*, 1er septembre, p. 258).

Région d'Orléans

Président : M. le Dr de Fourmestraux (Eure-et-Loir), en remplacement de M. le Dr Mercier qui reste membre du conseil régional.

Région de Châlons-sur-Marne

Membres : M. le Dr Maillefert (Haute-Marne), en remplacement de M. le Dr Picot ; M. le Dr Mistarlet (Haute-Marne), en remplacement de M. le Dr Chardin.

Région de Clermont-Ferrand

Membres : M. le Dr Perrin (Allier), en remplacement de M. le Dr Mercier ; M. le Dr Chanal (Cantal), en remplacement de M. le Dr Girou.

(*J. O.*, 10 oct. 1943.)

Conseil du Collège départemental de la Seine

Paris, le 12 octobre 1943.

Permis de circuler. — Le Conseil du Collège départemental de la Seine de l'Ordre des Médecins rappelle aux confrères bénéficiant d'un permis de circuler auto ou vélomoteur qu'ils ont à renouveler leur permis à la Préfecture de Police, service du Roulage, avant le 31 octobre 1943.

Des confrères ayant omis d'effectuer cette formalité pour le trimestre passé se sont vus, en même temps que le retrait de leur S. P. confisquer leur voiture ou leur vélomoteur.

Si le Conseil de l'Ordre des Médecins a pu obtenir une restitution de leurs biens, il ne peut assurer qu'il en sera de même dans l'avenir.

K. V. D. — Règlement des honoraires médicaux. — Le Conseil de l'Ordre des Médecins de la Seine informe les confrères qu'à dater du 1er octobre 1943, des imprimés nécessaires à l'établissement de leurs relevés trimestriels leur seront adressés en même temps que le règlement de leurs honoraires.

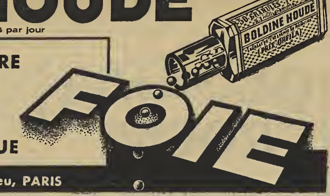
Ces imprimés seront également à leur disposition au Secrétariat du Conseil de l'Ordre, 242, boulevard Saint-Germain. Le relevé devra être envoyé en double exemplaire dans les quinze jours qui suivent le trimestre civil accompagné des feuilles de maladie, sous pli spécial, au « Service de la K. V. D. du Collège départemental de l'Ordre des Médecins » à l'exclusion de toute autre note ne concernant pas ce service.

Date des envois : 1er trimestre, du 1er au 15 janvier ; 2e trimestre, du 1er au 15 avril ; 3e trimestre, du 1er au 15 juillet ; 4e trimestre, du 1er au 15 octobre, faute de quoi le règlement des honoraires sera différé.

Naissance

Le Dr et Mme François Le Sourd sont heureux de faire part de la naissance de leur petite-fille Martine-Paul Le Sourd (Saïgon, 13 octobre 1943).


BOLDINE HOUDÉ
GRANULES TITRÉS A 1 milligramme — 3 à 6 par jour


BOLDINE HOUDÉ
FOIE


SEDATAN
SÉDATIF
DE L'HYPERTENDU
HYPERTENSION
DRAGÉES
LABORATOIRE LEDENT - Montreuil-sur-Mer (P.-de-C.)


Contre TOUTE ALGIE VISCÉRALE
due au spasme
Appareils
digestif · pulmonaire
circulatoire-génito-urinaire
voies biliaires
PROPIVANE
Chlorhydrate de propyl-phényl-acétate de diéthylaminoéthanol
ANCIENNEMENT "PROPAVINE"
DRAGÉES DOSÉES À 0g10 (flacons de 30)
AMPOULES INJECTABLES DE 1cc Solution à 5% (boîtes de 10)
SUPPOSITOIRES DOSÉS À 0g10 (boîtes de 10)
ANTISPASMODIQUE NON TOXIQUE
aussi puissant que l'atropine
SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE SPECIA MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHÔNE
21, RUE JEAN GOUJON · PARIS · 8e

LA GUERRE ET L'APRÈS-GUERRE ONT-ELLES CRÉÉ UNE PATHOLOGIE NOUVELLE ?

par M. Gaston GIRAUD

Doyen de la Faculté de médecine de Montpellier

Conférence faite au Centre universitaire méditerranéen de Nice le 29 décembre 1942

MESDAMES, MESSIEURS,

[*1914-1918*]

Vous n'avez pas perdu le souvenir de ce printemps de 1918 où nos soldats luttaient âprement dans la claire lumière, soutenus par l'âme entière d'un pays : l'angoisse se mêlait à l'espoir ; les coups de l'ennemi ébranlaient notre front, ils y creusaient des poches profondes qu'aveuglait la ténacité du soldat de France. Le succès de nos armes était proche, mais nous l'ignorions... C'est alors que, parmi les rangs de nos combattants, sournoisement, parut une maladie qui, d'abord bénigne, n'attira point vivement l'attention médicale, mais inquiéta le commandement en raison de la fonte rapide qu'elle entraînait des effectifs en ligne. Cette affection d'apparence légère n'en était pas moins la forme première de la terrible pandémie qui devait, au cours des mois suivants, prendre une ampleur inoubliée et, se jouant des fronts blindés et des frontières d'état, faire dans tous les pays du monde des ravages plus importants peut-être que ceux de la guerre elle-même. Vous vous souvenez que devant l'ampleur du désastre, devant la gravité des formes sidérantes et malignes du mal, les légendes les plus alarmantes coururent. On parla de peste, ce n'était que la grippe, mais la vraie grippe, sévère et épidémique, bien distincte des catarrhes saisonniers que l'on décore d'une façon courante et abusive de ce nom. Les peuples furent surpris sans doute, mais ceux qui avaient vécu vers les années 1890 ne tardèrent pas à reconnaître le fléau qui avait alors endeuillé bien des familles. La *grippe* de 1918 n'était autre que la renaissance de l'*influenza* de 1891.

Suivant à la trace la grippe guerrière, la précédant même peut-être dans le centre de l'Europe, une autre affection toute différente, complètement inconnue des jeunes générations, multiplia ses atteintes et ses formes : une « maladie du sommeil » spéciale frappa des sujets de tous âges, mais particulièrement des jeunes. Son caractère épidémique ne tarda pas à être évident. Les hommes mûrs se souvinrent qu'au lendemain de l'influenza de 1891, une autre maladie infectieuse et épidémique à symptomatologie encéphalique, qui, elle aussi, comportait comme symptôme principal un sommeil morbide et profond, fit de nombreuses victimes. *L'encéphalite dite léthargique* de 1918 n'était qu'une reviviscence de la *nona* de 1891.

Ce terme même d'encéphalite léthargique ne tarda pas être débordé par la multiplicité des formes cliniques de la maladie ; à côté des patients qui dormaient parurent ceux qui souffraient, ceux qu'agitaient des secousses musculaires de tous ordres, ceux chez lesquels de véritables troubles démentiels déroutaient le diagnostic, puis, la maladie aiguë s'éteignant, nous vîmes surgir, et parfois d'une façon primitive, ces désolants accidents nerveux que l'on désigna bientôt, par analogie, sous le nom de syndromes parkinsoniens postencéphalitiques, et par lesquels sont emmurés dans une carapace musculaire à la fois rigide et tremblante des intelligences vivantes.

Transformées et devenues polymorphes, souvent méconnaissables, ces affections virulentes du système nerveux à germes inconnus forment aujourd'hui l'ensemble de ces syndromes que l'on a désignés d'un nom beaucoup plus large sous le nom de névraxite épidémique, mais il est vraisemblable que les névraxites actuelles sont loin d'avoir l'autonomie et l'unicité de la névraxite de la grande guerre.

La grippe, l'encéphalite, ont constitué l'apport infectieux principal de la guerre de 1914-1918 : nous n'avons pas connu, dans la métropole du moins, la variété des atteintes épidémiques d'autrefois. L'homme a su se protéger contre la variole. Il s'est défendu contre les infections typhoïdes et l'on peut bien dire qu'à cet égard la défense s'est exercée au cours même des combats : le tribut payé par nos armées à la fièvre typhoïde en 1914-1915 fut lourd ; il devint presque nul par la suite grâce aux vaccinations massives. Le typhus exanthématique historique a décimé nos corps expéditionnaires, il a fait des victimes dans nos camps de prisonniers, il n'a point pris d'extension chez nous. Le paludisme, dans sa forme sévère surtout, si différente du paludisme bénin encore endémique dans notre Camargue, a ravagé nos armées balkaniques, et ce n'est pas un mince paradoxe que d'avoir vu revenir dans notre métropole, même dans des régions où les anophèles abondent, de nombreux paludéens d'Orient virulents, sans que ce rapatriement entraînât la moindre extension métropolitaine du fléau.

Au cours de ce qu'on appelait hier encore la grande guerre, on a beaucoup parlé du « rein du soldat », des néphrites de guerre. En fait, ces dernières ne se sont point différenciées des néphrites auxquelles sont exposés tous les hommes placés dans l'habitat qu'ont pu connaître nos combattants.

En revanche, une floraison de syndromes neurologiques et surtout neuropsychiques de guerre s'épanouit avec une grande variété ; le surmenage, les émotions répétées, l'épuisement physique et nerveux, les commotions directes elles-mêmes contribuèrent à créer une pathologie d'un très grand polymorphisme et qui n'était en réalité nouvelle que par son abondance et sa richesse : qu'il s'agisse d'accidents purement psychiques ou de ces troubles périphériques curieux, que Babinski et Froment qualifièrent de « réflexes » et où s'intriquent l'élément organique et l'élément fonctionnel, qu'il s'agissent de troubles endocriniens étroitement liés d'ailleurs au bouleversement du système sympathique, la guerre de 1914-1918 a permis d'apporter dans ces divers domaines d'importantes précisions, tant fut copieuse la triste moisson offerte aux neurologistes et aux psychiatres par les troupes en ligne comme par les populations civiles soumises à des bombardements répétés et à des épreuves physiques et morales multipliées et cruelles.

La victoire survint. Elle libéra chez nous les corps et les âmes. Le pays se retrouva sain. Sa sollicitude inquiète entoura les victimes de la guerre qui ne furent plus que des individus isolés, souffrant au sein d'une nation vivante et ardente.

[*1939-1940*]

La guerre de 1939-1940 nous a-t-elle apporté un tribut pathologique comparable à celui de la guerre de 1914-1918 ?

La « fausse guerre », la période de guerre larvée, antérieure au 10 mai 1940, nous montre sans doute un peuple jadis clairvoyant mais frappé d'anesthésie, devenu crédule contre l'évidence même. Il y aurait beaucoup à dire sur ce point, c'est un sujet trop triste pour que nous nous y attardions davantage. Cette phase de guerre virtuelle ne fut marquée par aucun événement pathologique digne d'être rapporté. La vie aux armées ne différait point très sensiblement de la vie de l'intérieur. Ici comme là, le seul événement marquant de cette saison d'hiver fut le développement des infections méningées à méningocoques à propos duquel put être expérimentée en grand et avec un succès manifeste la thérapeutique par les sulfamides qui donna à cette sorte de pandémie un caractère remarquablement bénin en même temps qu'elle simplifiait d'une façon étonnante la thérapeutique.

Lorsque survint la vraie guerre, elle fut trop courte, trop douloureusement courte, pour qu'aient pu s'y développer des déterminations morbides physiques, à physionomie spéciale, en dehors bien entendu de la pathologique traumatique.

En revanche les désordres psychiques furent assez riches. Cette guerre nouvelle, avec les moyens puissants qu'elle mit en ligne, le surmenage émotif et corporel qu'elle imposa, avec ses alertes subintrantes, l'appel incessant des sirènes qui, dans les premières semaines, enlevèrent tout repos aux populations des villes du Nord-Est, les bombardements massifs, les attaques d'avions en piqué, puis l'exode et ses tristesses, les drames de la route, les ruptures familiales troublèrent, momentanément au moins, nombre d'intelligences. Le sexe féminin paya à cet égard le tribut le plus lourd, mais il n'en eut pas l'exclusivité : nous avons tous été les témoins du fléchissement soudain de certains hommes, même parmi ceux qui assumaient de lourdes responsabilités. Il arriva sans doute que des accidents mentaux graves et définitifs fussent ainsi déclenchés. Dans la grande majorité des cas, cependant, la pathologie psychique réactionnelle de cette bouleversante période s'est montrée bénigne : nous avons assisté surtout à des « dérapages » — pardonnez-moi cette expression — qui ne furent que de courte durée. La mise au repos, au calme, dans la sécurité, en cinq jours en général, redressait la situation.

Puis tout prit fin subitement, vous savez dans quelles conditions tragiques. Ce fut l'été splendide dont la féerie trompeuse couvrait notre douleur. Des semaines passèrent...

Et, peu à peu, s'installa dans le pays entier une gêne matérielle d'abord discrète, puis de jour en jour plus lourde. De jour en jour les mères de famille ont senti monter leur anxiété devant le resserrement progressif des possibilités d'alimentation qui leur étaient ouvertes pour leurs enfants. L'automne vint, puis l'hiver avec ses misères ; dès la fin de 1940, et surtout pendant l'hiver et au printemps de 1941, la France commença à souffrir de la faim. Vous connaissez les efforts mémorables de ceux qui ont eu à lutter contre une pareille menace. Vous connaissez mieux que personne les difficultés de la vie quotidienne et le prix auquel la France arrive à vivre chichement dans un monde changé.

C'est alors seulement qu'apparaît, semble-t-il, une pathologie nouvelle, nouvelle au moins pour nous.

Peu à peu, de tous côtés, sont signalés des accidents d'ordres divers, polymorphes et parfois étranges. Ils sont à l'heure actuelle assez abondants, massifs même quelquefois, pour se prêter à un inventaire d'ensemble. C'est à cet inventaire que je vous convie maintenant, si vous le voulez bien.

[*Amaigrissement. Polyurie. Aménorrhée*]

Le mieux peut-être est de suivre un ordre sinon strictement logique, du moins chronologique.

Qu'avons-nous vu en effet ? Dès les premiers mois des restrictions alimentaires, trois ordres d'accidents surtout se sont imposés à notre attention : nous avons assisté à l'amaigrissement général des Français ; nous avons vu croître, dans des proportions souvent considérables, le volume de leur excrétion urinaire ; nous avons vu leurs jeunes femmes, et surtout leurs jeunes filles perdre en grand nombre leurs fonctions menstruelles : *amaigrissement, polyurie, aménorrhée, tel fut le trépied initial* qui s'imposa à notre attention.

L'amaigrissement fut progressif. Il atteignit assez promptement 10, 15 et 20 pour 100 du poids. Les écoliers de Paris perdirent rapidement de 3 à 5 kilogrammes par tête. Les anciens gros mangeurs furent particulièrement touchés et nous avons tous été les témoins de ces chutes de poids verticales atteignant 30 et 40 kilogrammes, transformant en quelques mois, d'une façon étonnante, l'apparence extérieure d'anciens bons vivants. Il y eut même des amaigrissements paradoxaux : tous les médecins ont été les témoins de l'étonnement de sujets qui croyaient avoir réussi à se garantir contre la disette et qui maigrissaient quand même : c'est que cet amaigrissement relève de causes non seulement quantitatives, mais aussi qualitatives. La perte de poids a eu sans doute parfois des conséquences heureuses : bien des cardiaques se sont trouvés améliorés parce qu'ils sont devenus plus légers. Beaucoup de malaises qu'il fallait imputer à un surmenage digestif ou hépatique ont disparu. Les circonstances difficiles ont contraint bien des hommes à une discipline dont ils étaient incapables en période d'abondance.

Mais il n'en a pas été de même pour tous. Ceux-là seuls se sont trouvés améliorés qui n'ont perdu qu'un superflu. Ils ne constituent qu'une petite minorité. Ceux qui sont véritablement en état de disette et qui doivent néanmoins fournir une effort intellectuel ou physique réel ont vraiment souffert. L'amaigrissement rapide a été plus mal supporté que l'amaigrissement progressif. Celui qui a maigri vite s'est, en général, trouvé plongé dans un état d'asthénie souvent fort pénible. Tous aussi nous avons été frappés d'une part de la facilité avec laquelle nos contemporains, les hommes surtout, ont maigri, d'autre part, de la difficulté qu'ils ont éprouvée, par la suite, à récupérer une faible partie de ce qu'ils avaient perdu.

En même temps qu'ils maigrissaient, les Français se sont mis à uriner plus souvent et davantage. Ce sont surtout des doléances d'hommes mûrs qui, par leur répétition, ont attiré sur ce sujet l'attention des médecins. Bon nombre d'entre eux se sont crus devenus prématurément prostatiques, leur polyurie revêtant souvent un caractère surtout nocturne. Dans la plupart des cas les craintes ont été vaines : la fréquence des mictions est légitimée par leur augmentation volumétrique ; les urines sont cristallines ; il n'y a pas de dysurie particulière ; les urines ne contiennent ni albumine, ni cylindres ; elles sont simplement abondantes et diluées. Cette polyurie s'est montrée parfois épisodique, en liaison avec certaines particularités alimentaires, d'autres fois elle a été le prélude d'une polyurie plus importante et plus fixe, que nous retrouverons tout à l'heure, associée à d'autres symptômes.

Et voici une troisième et nombreuse cohorte de patientes qui s'est constituée dès les derniers jours de 1940 et dont le nombre est allé croissant lors des mois qui ont suivi : ce sont les aménorrhéiques. A vrai dire, l'été de 1940 avait été déjà marqué par la suspension de la menstruation de beaucoup de jeunes filles ; ce symptôme s'observait surtout parmi celles qui avaient subi les émotions de l'exode, le choc du dépaysement. Chose curieuse, l'aménorrhée a alors survécu souvent au rétablissement de la sécurité normale et de conditions économiques très satisfaisantes. Nous connaissions d'ailleurs déjà la bizarrerie du comportement de certaines femmes à l'égard des conditions climatiques : nous avons tous vu des jeunes filles ou des jeunes femmes qui cessent d'être réglées dès qu'elles viennent en séjour dans des pays d'une formule climatique toute différente de celle à laquelle elles sont accoutumées. Mais ces faits ont été anormalement nombreux en 1940.

Plus tard, les aménorrhées sont allées se multipliant encore dans toute la France et n'ont plus atteint les seuls transplantés. C'est surtout dans les agglomérations urbaines et dans les régions défavorisées du point de vue alimentaire que les règles se sont raréfiées ou suspendues. Le plus souvent cette aménorrhée se présentait à nous mono-symptomatique, c'est-à-dire sans cortège morbide d'aucune sorte, plus rarement elle s'est associée à d'autres symptômes glandulaires. Dans les circonstances normales de la vie nous voyons couramment la suspension des règles, lorsqu'elle est bien entendu indépendante de l'évolution d'une affection profonde grave telle qu'une tuberculose, latente ou non, s'accompagner d'autres signes d'insuffisance ovarienne et glandulaire, et surtout d'une obésité souvent désolante. L'obésité complique quelquefois la situation de nos aménorrhéiques de l'après-guerre, mais le plus souvent, ces aménorrhéiques gardent leur « ligne ». D'autres fois, enfin, nous voyons l'aménorrhée coïncider avec l'amaigrissement, la polyurie, voire même avec d'autres symptômes-maîtres que nous retrouverons tout à l'heure, tels que les œdèmes.

Ces faits sont sans doute disparates dans leur origine. A côté des aménorrhées par choc émotif, des aménorrhées par dépaysement qui appartiennent à la pathologie de tous les temps, la grande masse des aménorrhées que nous rencontrons est certainement liée de très près aux déséquilibres alimentaires sur lesquels nous serons amenés à porter notre attention dans quelques instants.

[*Syndromes des asiles d'aliénés*]

Sur ces entrefaites, des cris d'alarme nous sont parvenus de la plupart des *asiles d'aliénés*. Je dis « la plupart », car quelques-uns ont échappé longtemps à la loi commune. Un peu partout, ont éclaté des accidents graves et souvent mortels qui se sont reproduits par poussées successives, dépeuplant même certains quartiers d'asile. Ces accidents se présentaient à nous sous deux formes : On voyait entrer en collapsus des aliénés qui avaient au préalable maigri dans d'importantes proportions, et la mort survenait d'une façon aiguë, si l'on peut dire, en adynamie... Plus souvent c'est une véritable maladie qui s'installait, dans la règle chez des amaigris, et qui se caractérisait surtout par deux symptômes majeurs : les œdèmes et la diarrhée. Rarement la température s'élevait fortement au début de l'affection, plus souvent elle fléchissait au contraire, et le malade était d'emblée hypothermique. La diarrhée profuse accélérait la dénutrition. En quelques jours, de trois à huit, une issue fatale pouvait intervenir. Le pronostic de ces accidents était des plus graves, ils n'étaient point cependant obligatoirement mortels.

C'est par vagues successives que l'on a vu cette affection faire ses ravages. La population des asiles d'aliénés de France a été fortement diminuée de son fait. Ce sont surtout les quartiers d'hommes qui ont souffert ; la morbidité et la mortalité ont été moindres chez les femmes. Autre constatation curieuse : les travailleurs et les aliénés valides ont beaucoup mieux résisté que les grabataires qui sont morts en grand nombre.

De nombreux enquêteurs se sont penchés sur l'origine de ces accidents mystérieux ; les renseignements les plus éloquents ont été fournis par l'examen comparé des courbes de distribution de vivres. La courbe représentative du nombre des cas observés dans un même quartier d'asile est nettement parallèle à celle qui traduit les variations du taux des rations distribuées de sucre et surtout de pain. Des arguments prophylactiques et thérapeutiques ont pu être retirés de cette constatation. Les aliénés sont en majorité de gros mangeurs, et souvent de gros mangeurs de pain. Il semble bien qu'ils aient été plus cruellement et plus rapidement carencés que d'autres à cet égard. L'influence du froid a été reconnue nulle.

Est-ce là une nouveauté ?

La confrontation des documents du passé nous prouve qu'il n'en est rien. Voici par exemple ce qu'écrivait au début du siècle dernier Pinel dans son *Traité de l'aliénation mentale* :

« C'est en calculant sagement les besoins des aliénés que la ration journalière de pain de ceux de Bicêtre fut portée à 1 kilogramme sous l'Assemblée Constituante, et j'avais vu pendant deux années les avantages de cette disposition salutaire. Je cessai d'être médecin de cet hospice, mais dans une de ces visites de bienveillance que je rendais de temps en temps aux aliénés, j'appris que la ration de pain avait été réduite à 7 hectogrammes et demi, et je vis plusieurs des anciens convalescents retomber dans un état de fureur maniaque en s'écriant qu'on les faisait mourir de faim. Les progrès délétères de la disette furent encore bien plus marqués dans la suite puisque la ration de pain fut nécessairement réduite à environ 5, 4, 3 et même 2 hectogrammes, en y ajoutant un léger supplément de biscuit souvent très défectueux. L'effet fut tel qu'on devait l'attendre pour les suites et il a été constaté que pendant deux mois seulement (pluviôse et ventôse, an IV), le nombre total des morts dans l'hospice d'aliénés a été de 29, tandis que celui de l'an II en entier n'avait été que de 27. Résultats analogues, mais encore plus prompts et plus durables pour les aliénés de la Salpêtrière, puisque dans le cours de brumaire de l'an IV, la mortalité fut de 56 par la fréquence extrême des flux de ventre colliquatifs et des dysenteries. »

Nous sommes loin actuellement de pouvoir fournir à nos aliénés la ration de pain que Pinel considérait comme indispensable!

Plus près de nous, au cours de la guerre de 1914-1918, la maladie des œdèmes avec ses conséquences désastreuses a été observée dans les asiles d'aliénés des empires centraux. Elle a été plus rare en France. On a vu cependant la mortalité d'un asile normand monter de 8 à 19 % en 1917-1918, celle d'un asile alsacien, soumis à des restrictions plus grandes, de 8 à 43 %.

Tous les auteurs sont d'accord pour accuser, dans le déclenchement de pareils troubles, des carences qualitatives et quantitatives. La thérapeutique prophylactique et curatrice comporte la clinothérapie et l'accroissement de la ration alimentaire. Dur problème ! N'a-t-on pas parlé, dans un rapport récent, de la nécessité de porter la valeur calorique de l'alimentation des aliénés à 3.750 calories par jour!

[*Syndromes œdémateux*]

La maladie des asiles n'a pas tardé à être suivie du large développement, parmi la population libre, de ce qu'on a appelé *la maladie des œdèmes* ou encore des *syndromes d'œdèmes carentiels*. Ces accidents ne se sont pas distribués d'une façon uniforme dans le pays, bien loin de là. Alors qu'ils se sont développés en abondance dans la région littorale languedocienne, dans certaines grandes villes, dans certains îlots territoriaux d'alimentation plus particulièrement insuffisante, dans certaines prisons, ils ont épargné, en règle générale, les campagnes et les régions de ravitaillement relativement suffisant. Ils se sont multipliés dès 1941 dans les salles d'hôpital.

Au cours de cet hiver, nous avons vu, dans nos salles d'hommes, s'ériger à la tête des lits nombre de grands bocaux emplis d'une urine légèrement opalescente à reflets verdâtres. La polyurie fait en effet partie du trépied symptomatique de cette maladie des œdèmes dits de carence. Elle atteint 2, 3, voire même 7 litres par jour. Hésitante au début, elle est continue à la période d'état et se prolonge à la période de résolution. *Polyurie*, *œdèmes* et *bradycardie* sont les trois symptômes fondamentaux.

Les œdèmes s'installent rapidement, ils obéissent d'abord aux lois de la pesanteur et occupent les régions déclives, puis ils se généralisent. Le boursouflement des paupières est parfois précoce. A l'œdème s'associent, dans les formes accentuées, des épanchements liquides dans les grandes séreuses, les plèvres, le péritoine. Le liquide que l'on retire par ponction ou par mise en place de petits trocarts, est de coloration pâle, modérément albumineux.

La polyurie ne s'accompagne pas d'une sensation de soif impérieuse.

Quant à la bradycardie, c'est une bradycardie sinusale, le cœur bat régulièrement 40, 50 ou 60 fois par minute, ses bruits sont normaux. L'examen électrocardiographique ne montre pas, en général, d'allonge-

ment du temps de conduction de l'incitation élaborée rythmiquement dans le sinus veineux et qui tient sous sa dépendance la révolution cardiaque tout entière.

Tels sont les signes de fond, qui peuvent constituer toute la maladie dans les formes pures. Il est cependant des signes associés dont la fréquence est plus ou moins grande. C'est d'abord l'amaigrissement qui est pour ainsi dire constant, mais on a pu voir toutefois des œdémateux qui n'avaient que faiblement maigri. L'œdème peut d'ailleurs camoufler quelquefois l'amaigrissement préalable, mais un œil averti ne s'y trompe point.

La température est, en général, normale. Ce n'est que dans les formes sévères qu'on la voit s'affaisser.

Les malades sont souvent des affamés. Lorsque la maladie se prolonge, ils perdent au contraire l'appétit : c'est un symptôme alarmant. L'apparition de la diarrhée, qui va les rapprocher symptomatiquement des grands malades des asiles, est toujours un symptôme préoccupant.

La bradycardie demeure, dans la règle, le seul symptôme circulatoire des formes simples, mais chez les grands affaiblis — et ces sujets sont toujours des adynamiques — des troubles fonctionnels cardio-vasculaires font leur apparition : dyspnée d'effort, chute de la tension artérielle ; parfois même des troubles plus graves sont enregistrés par l'examen objectif et en particulier par l'enregistrement électrocardiographique.

Est-il surprenant que dans de telles conditions les systèmes endocriniens manifestent eux aussi leur souffrance ? Il peut paraître logique de nommer ici, en bonne place, l'aménorrhée. Je ne vous en parlerai guère cependant, car, j'ai déjà fait allusion à ce point, c'est le sexe masculin qui paye de beaucoup le plus fort tribut à cette maladie des œdèmes carentiels. Les femmes n'en sont point aboslument exemptes. Elles perdent alors bien entendu leurs règles, offrent à l'examen des symptômes d'hypothyroïdie. Chez tous les malades sévères, hommes et femmes, le métabolisme de fond s'affaisse.

Certains symptômes nerveux sont communs : l'asthénie, les céphalées, l'inaptitude au travail et à l'effort. D'autres ne sont accessibles qu'à l'observation objective. On a noté la diminution ou la disparition de réflexes tendineux ou périostés, et quelquefois même l'installation d'un véritable syndrome de polyradiculo-névrite, avec réaction de dégénérescence. On a observé le ralentissement des fonctions psychiques, voire même leur déviation.

La peau et les muqueuses peuvent être le siège d'accidents, d'ailleurs polymorphes, les uns en liaison avec la trophicité générale des téguments et de leurs phanères (sécheresse, desquamation ichthyosique, etc.), les autres traduisant la diminution de la résistance locale aux accidents infectieux (pyodermites).

Si on observe couramment une chute du nombre des globules rouges qui peut s'abaisser au-dessous de trois millions par millimètre cube, cet abaissement n'est qu'en partie le résultat de la chute en valeur absolue du taux des hématies elles-mêmes ; l'index mesuré est influencé aussi par la dilution du sang, l'œdème ou hydrémie qui accompagne l'œdème généralisé. Il n'en existe pas moins des troubles authentiques de la crase sanguine, comme le montre, dans certains cas, l'apparition d'hémorragies spontanées du type purpurique, la positivité du signe du lacet qui met en évidence la fragilité des endothéliums capillaires. L'acrocyanose, les troubles périphériques rappelant l'aspect de la maladie de Raynaud ne sont point des raretés.

L'étude de la formule sanguine nous a même conduits à une constatation curieuse ; les érythroblastes ou globules rouges nucléés sont souvent accrus en nombre, dans le sang et dans la moelle sternale des œdémateux carencés ; leur formule hématologique — mon collaborateur Desmonts l'a constaté maintes fois dans son service — rappelle celle de certaines cirrhoses du foie. Cette constatation n'est peut-être pas vaine. Sans anticiper sur nos conclusions, permettez-moi de souligner simplement ici auprès de vous une parenté morbide qui rapproche ces deux ordres de patients : les œdémateux de 1941 sont des carencés par insuffisance d'apport extérieur, mais les cirrhotiques sont aussi des carencés permanents du fait de l'insuffisance d'un de leurs organes métaboliques fondamentaux.

La précipitation des globules rouges du sang, recueilli en tubes et rendu incoagulable, est accélérée dans les formes graves. L'examen chimique du sang, enfin, nous a mis en possession de renseignements précieux qui portent surtout sur deux ordres de composants importants du plasma : les protides de constitution et les lipides. Le taux des albumines du plasma s'abaisse de 78, taux normal, à 60, voire même à 45 grammes par litre. L'hydrémie concourt sans doute à ce fléchissement, mais le déficit pondéral absolu est certain. Il y a plus d'ailleurs qu'une chute pondérale globale ; on observe des variations protidiques qualitatives qui interviennent certainement dans le développement du syndrome œdémateux. La chute porte surtout sur la sérine, elle affecte moins la globuline. La sérine, qui l'emporte à l'état physiologique, peut être abaissée chez les œdémateux au point de laisser s'inverser le rapport normal des deux grandes composantes protidiques du plasma. Il en résulte bien entendu un bouleversement des échanges d'eau, l'équilibre nécessaire entre la pression osmotique des protéines et la pression hydrostatique se trouvant rompu.

Les recherches entreprises jusqu'à ce jour ont montré une certaine variabilité du taux des lipides du plasma sanguin. Les résultats obtenus par les divers observateurs sont encore assez divergents. Dans un excellent mémoire, qui vient d'être couronné par la Faculté de médecine de Montpellier, René Bosc conclut à l'augmentation générale légère des lipides totaux et du cholestérol estérifié du plasma.

Ces œdémateux, ces polyuriques, ces bradycardiques sont, vous le voyez, atteints en même temps de troubles d'ordre divers, mais qui ne sont, à l'origine, que fonctionnels. Ce n'est que dans les formes graves et prolongées que ces derniers s'installent, se fixent, à la faveur de désordres irrémédiables et de lésions d'organes.

Les syndromes d'œdèmes carentiels, d'ailleurs, ne frappent point que des sujets sains. Aussi voyons-nous avec une grande fréquence leur symptomatologie déjà riche se surcharger de signes associés imputables à des méiopragies viscérales antérieures. Il en résulte une singulière variété de formes cliniques.

Je vous ai décrit, suivant un usage cher aux pathologistes qui enseignent, une forme complète et moyenne de la maladie, mais, cette forme, la nature ne la réalise qu'avec parcimonie. Les malades qui nous sont présentés choisissent quelque peu au hasard, parmi les signes que je vous ai décrits, ceux qui vont donner à leur propre affection sa forme personnelle.

Nous n'en pouvons pas moins distinguer parmi eux ceux qui ne sont et ne resteront que des malades frustes, chez lesquels la maladie ne se traduit que par une polyurie persistante, alternant avec des accidents préœdémateux, avec des poussées d'œdème fugace : ceux-là font bien la transition entre les polyuriques simples dont je vous entretenais tout à l'heure et les carencés proprement dits.

D'autres, et ce sont surtout ceux qui ont subi longuement l'influence dissolvante de la carence, s'aggravent. Ceux-là vont devenir des anémiques, des adynamiques, des purpuriques ; ils vont courir le risque du collapsus. La diarrhée va accroître leur dénutrition. L'intensité et la prolongation de leurs accidents va faire d'eux des irréversibles, donc des condamnés.

Il en sera de même, trop souvent, de ceux chez lesquels des complications caractérisées s'installent : hémorragies profuses, accidents cérébraux, convulsions, imputables à l'œdème des méninges et du cerveau lui-même, troubles polyglandulaires, cachexie...

Dans ces formes graves, les grands viscères souffrent, mais la maladie évolue en général d'une façon fatale avant qu'ils aient pu exprimer nettement cette souffrance par le développement d'un syndrome autonome. Il n'en est pas de même lorsque les sujets frappés étaient déjà des cardiaques ou des rénaux ou des hépatiques. Nous voyons alors les signes de l'affection de fond s'intriquer avec ceux qui sont créés par la nouvelle dyscrasie. Comment vous dire le polymorphisme de semblables syndromes cliniques ? Vous concevez aisément que les maladies même qui, dans certaines circonstances, tendent à s'exprimer par l'accroissement de nos liquides interstitiels, voient leur symptomatologie s'enfler d'une façon parfois démesurée lorsque intervient la provocation hydropigène de la grande carence. Les cardiaques, les rénaux, les hépatiques sont précisément ceux qui réalisent le plus fréquemment en clinique ce qu'on appelle des syndromes d'anasarque, où les infiltrations liquidiennes se multiplient et se généralisent. Leur anasarque prend un type spécial et se développe d'une façon exagérée et précoce lorsque la carence survient. Nous avons vu même les séquelles d'une phlébite récente d'origine banale servir de point d'appel chez un carencé, dont le membre récemment encore phlébitique a pris des proportions démesurées par rapport au reste de l'économie sans qu'on puisse incriminer un retour de l'accident veineux.

Vous vous attendez peut-être à ce qu'à propos de ces formes compliquées ou associées, nous fassions une place à certains symptômes neuro-œdémateux anciennement ou récemment décrits et, en particulier, à cette forme humide du béri-béri qui donna lieu à de nombreuses observations cliniques lors de la guerre de 1914-1918. Il y a une parenté symptomatique sans doute entre cette avitaminose classique et les carences modernes, sans qu'aucune identification soit en réalité possible.

Les années 1941 et 1942 nous ont mis en présence d'un riche matériel d'études. Nous avons vu, au fur et à mesure que les rigueurs alimentaires s'accroissaient, s'élever le nombre des malades œdémateux et carencés soumis à notre observation, s'aggraver aussi leurs symptômes et leur pronostic. Au début, tous ou presque tous étaient rapidement curables, et par des moyens simples. Plus tard, les malades nous arrivaient plus inquiétants, plus adynamiques, moins complètement réversibles. Les plus graves, les plus tarés avaient déjà glissé sur la pente de l'irréversibilité cachectisante.

Cette maladie étrange frappe surtout des hommes, et des hommes mûrs. La cinquantaine est son âge d'élection. Nous l'avons vue atteindre des prisonniers, des internés, mais aussi beaucoup d'hommes soumis à des travaux pénibles et insuffisamment alimentés. Nous avons relevé parmi eux un bon nombre d'anciens gros mangeurs qui ont fait ici la preuve qu'ils ne mangeaient beaucoup autrefois que par besoin. La période critique annuelle, en 1941 comme en 1942, a été celle qui s'étend de mars à juin. C'est aussi la période la plus critique du ravitaillement général. Ces constatations sont évidemment éloquentes.

Elles nous ont conduit à rechercher les causes profondes de cette maladie moderne. Ces causes sont manifestement alimentaires. Mais elles ne sont pas seulement quantitatives, elles sont aussi qualitatives. L'argument quantitatif est de poids ; 3.000 à 4.000 calories sont nécessaires quotidiennement à l'homme actif. De même qu'en Allemagne, pendant la guerre de 1914-1918, les ressources générales de notre France d'après-guerre ne permettent point d'attribuer officiellement des rations alimentaires qui couvrent ces besoins. Les sujets qu'a frappés la maladie des œdèmes avaient les uns des exigences plus grandes que la moyenne, les autres des ressources plus insuffisantes que celles de leurs voisins.

Mais la carence globale n'explique pas tout. Il faut tenir compte aussi des carences qualitatives, et surtout des déséquilibres multiples qui existent actuellement entre les divers apports alimentaires.

Nos besoins portent surtout, vous le savez, sur trois catégories de

substances organiques que, depuis le Congrès de Varsovie, on désigne sous le nom de protides, de lipides et de glucides. Nos ressources actuelles amputent largement notre dotation de base : elles nous privent de 40 à 50 pour cent de nos glucides, de 55 à 60 pour 100 de nos protides, de la presque totalité de nos lipides. Elles nous approvisionnent abondamment en cellulose, de bien pauvre valeur alimentaire, génératrice de fermentations copieuses. Il y a plus qu'un déficit global : la plus grande partie des protéines qui nous restent sont des protéines végétales, les protéines animales sont réduites dans des proportions beaucoup plus grandes qu'elles. Il nous manque donc de ce fait des acides aminés indispensables. Vous savez que de l'agencement de ces acides aminés est faite la spécificité de notre protéine humaine fondamentale. Nous ne pouvons nous entretenir et nous renouveler que si tous les acides aminés nécessaires à la construction de notre molécule protéique nous sont fournis en quantité suffisante. Nous manquons actuellement de cystine, de lysine, d'histidine, de tryptophane : ces acides aminés ne peuvent manquer sans de graves inconvénients, les deux derniers en particulier jouent un rôle considérable dans le maintien de notre crase sanguine correcte. Nous manquons de glycocolle, nous manquons de tyrosine, nécessaires à la production d'hormones endocriniennes de toute première importance telles que la thyroxine et l'adrénaline, mais nous pouvons, par nos propres moyens, compenser par synthèse, dans une certaine mesure, cette dernière carence d'apport.

Notre alimentation nous apporte un excès considérable d'eau qui explique pour une bonne part la polyurie des Français de l'après-guerre. Elle nous apporte un excès de sels, mais qui sont déséquilibrés entre eux. Nous recherchons l'action de masse des légumes frais, mais il en résulte un franc déséquilibre phospho-calcique. Notre pain lui-même, bluté à 98 pour 100, ne nous fournit qu'un aliment de valeur énergétique fortement diminué et pauvre en vitamine B_1.

Que n'avons-nous en abondance du lait qui est l'aliment équilibré et presque complet par excellence ?

Des preuves thérapeutiques ne nous en sont-elles pas apportées ? Je vous rappelais tout à l'heure qu'au cours de la première phase, le repos simple, l'alimentation variée, le simple régime d'hôpital suffirent à redresser une situation parfois alarmante. Les carencés qui ont pu être transportés dans un milieu campagnard, ignorant des misères de la ville, ont guéri rapidement par le régime lacté. C'est par la correction de la carence globale tout d'abord, c'est ensuite par la rééquilibration relative des diverses catégories d'aliments que les malades demeurés encore à la phase réversible sont améliorés avec rapidité. Il ne s'agit pas chez eux de syndromes de carence vitaminique, ou du moins les carences vitaminiques n'interviennent dans leur genèse qu'à titre associé et pour un part relativement faible. En tout cas le traitement de ces accidents par l'exclusif emploi des diverses vitamines ne donne aucun résultat pratique.

A la phase d'irréversibilité nos efforts sont inutiles. Notre tâche est très compliquée aussi lorsque la carence a frappé des sujets que menaçait déjà, d'une manière sévère, la méiopragie de leurs grands systèmes viscéraux fondamentaux.

Je me suis appesanti longuement sur la description de ces grands syndromes, parce que cette pathologie était vraiment nouvelle pour nous et qu'elle s'est offerte très richement à notre observation au cours des mois que nous venons de vivre.

S'agit-il en réalité de phénomènes nouveaux ? Il n'est pas besoin de feuilleter longuement les chroniques du passé pour constater que la maladie des œdèmes, sous des visages divers, a suivi de près toutes les grandes convulsions sociales qui ont compromis gravement l'approvisionnement des masses.

René Bosc, dont je vous citais le travail tout à l'heure, a colligé les relations éparses et éloquentes de la guerre de Crimée, de la guerre du Transvaal, de la révolution de Mexico en 1915, des grandes famines d'Irlande, de Russie, de Chine et des Indes. Au cours même du siège de Paris en 1870, le docteur Vachet a fait quelques constations intéressantes du même ordre.

La maladie des œdèmes a frappé des prisonniers français retenus dans les Empires centraux au cours de la guerre de 1914-1918, elle a frappé de même les populations civiles de ces mêmes empires. P.-L. Marie, au camp de Zossen, a signalé l'apparition d'œdèmes brusques épidémiques en liaison avec certaines défaillances du ravitaillement du camp. Henricht a fait les mêmes constatations et a même noté la tachycardie et l'hyporéflexie associées. Breton et Ducamp ont vu, pendant l'autre guerre, la population civile de Lille payer un certain tribut à des accidents de cet ordre.

Nous assistons donc actuellement chez nous à l'éclosion, du fait des circonstances économiques que nous traversons, de formes diverses, que nous ignorions parce que nous étions trop heureux, de ces « œdèmes de famine » dont nos livres nous parlaient, mais que nous n'avions point vus...

Je m'excuse d'avoir un peu longuement retenu votre attention sur ces syndromes si répandus. Ils ne résument point à eux seuls, cependant, toute la pathologie de notre douloureuse époque.

Pour être moins systématisés, beaucoup d'autres symptômes, beaucoup d'autres ensembles symptomatiques qui ne nous étaient point familiers s'offrent à notre observation depuis qu'a été renversée l'économie générale de notre pays.

[*Avitaminoses*]

Est-il légitime de parler ici longuement des avitaminoses. Je dois le faire, mais brièvement, car elles n'ont pas pris jusqu'à ce jour dans nos préoccupations la place qui leur est volontiers attribuée dans les conversations mondaines.

Le rachitisme ne s'est guère modifié. Certains auteurs croient constater, cependant, que dans la population enfantine parisienne un rachitisme latent se développe dans d'assez grandes proportions.

En revanche, l'avitaminose A, qu'il faut rechercher, mais qu'on sait identifier rapidement en séries actuellement, se développe largement lorsque le ravitaillement fléchit. Dans le laboratoire de physiologie de la Faculté de médecine de Montpellier, le professeur Hédon et ses élèves, expérimentant avec l'appareil de Chevalier, ont enregistré la fréquence des héméralopies frustes chez les écoliers ; ils ont noté leurs fluctuations, leur accroissement au fur et à mesure qu'on se rapproche des mois de printemps, leur atténuation lorsque revient la relative abondance estivale.

Mme Randoin, dont on connaît la large compétence en matière de vitamines, a souligné récemment la pauvreté relative actuelle de l'alimentation des femmes en vitamines C et B_2 ; une preuve expérimentale peut en être donnée : alors que jusqu'ici l'alimentation au sein rendait inutile l'adjonction de jus de fruits frais aux rations alimentaires des nourrissons, cette adjonction est actuellement indispensable.

Une autre notion nouvelle, en matière d'avitaminose, a été acquise au cours de cette période troublée. Nous parlions autrefois couramment du caractère catalytique des vitamines, actives à faibles doses. Nous connaissons aujourd'hui, et les travaux de Ribadeau-Dumas et de Mlle Mignon viennent de nous en apporter une nouvelle confirmation, les besoins quantitatifs vitaminiques : il faut beaucoup de vitamine D pour fixer la chaux et le phosphore, les besoins des débiles et des prématurés en vitamine D sont quantitativement considérables.

[*Ostéopathies*]

Et voici qu'une pathologie osseuse, influencée par les circonstances de l'heure, se dessine à nos yeux. De tous côtés des observateurs s'alarment de l'importance des décalcifications radiologiquement observées, de la fréquence de douleurs insidieuses et diffuses inexpliquées qui, dans certains cas, s'accompagnent de modifications morphologiques, cliniques et radiologiques, et peuvent conduire les patients jusqu'à l'impotence. La colonne vertébrale est une des parties les plus gravement frappées du système locomoteur : elle peut s'affaisser, se ramollir, se tasser, se déformer en courbures diverses, cyphotiques ou cypho-scoliotiques. Le système osseux se raréfie en ostéoporose spontanée, se ramollit ou se déforme du fait d'un processus ostéomalacique. Il peut même en résulter, en l'absence de toute affection d'ordre neurologique, des fractures indolentes qui se réparent mal, dont le cal est fragile. Justin-Besançon a fait récemment un tableau d'ensemble de ces ostéopathies de carence. J'ai vu, il y a peu de semaines, se ramollir progressivement le système osseux d'une vieille demoiselle, professeur de musique dans une petite ville, dont l'existence était aussi étroite que son alimentation était rudimentaire. Tout cela est nouveau, sans doute, ou presque, dans notre pays ; mais le mal lui-même ne l'est point. Vienne, en 1919, a vu se multiplier les ostéopathies de carence.

[*Syndromes cutanés*]

J'ai fait allusion tout à l'heure aux manifestations cutanées qui s'observent quelquefois au cours de l'évolution de la maladie des œdèmes. Les mêmes peuvent apparaître à titre isolé. Mais il est un autre accident dermatologique très connu dont vous avez été certainement à même de constater l'étonnante recrudescence hivernale depuis deux ans : ce sont les engelures. La seule coexistence de cette recrudescence et des carences alimentaires multiples permet de soupçonner l'existence d'un lien étroit entre ces deux ordres de faits. Mais quel est l'agent dont la carence doit être ici incriminée ? Nous sommes certainement portés à incriminer certains principes actifs contenus dans les corps gras qui nous manquent, mais cette interprétation conserve un caractère hypothétique et incomplet.

[*Syndromes digestifs et pratiques*]

Je vais certainement retenir aussi d'une façon très directe votre attention lorsque je vais vous parler de certaines anomalies d'ordre digestif et gastronomique de l'heure présente. Vous étonnerai-je en vous disant que beaucoup de Français ont connu la faim, qu'ils ont souffert de boulimies, de fringales paroxystiques ? Vous surprendrai-je en vous disant qu'un grand nombre d'entre eux ont maudit l'excessive distension de leur abdomen et ses conséquences désagréables et souvent gênantes ? Les laboratoires qui ont étudié la vie intestinale de l'après-guerre ont été frappés de l'abondant développement des saprophytes du tube intestinal et particulièrement du gros intestin ; cette profusion s'explique par l'abondance de la cellulose qui nous est fournie par notre alimentation et dont l'attaque massive crée ces gros cæcums, ces anses sigmoïdes distendues que nous observons quotidiennement. Que l'intestin soit fragile, et la colite s'installe, avec ses déperditions d'albumine qui ne peuvent qu'aggraver l'amaigrissement et la chute de la résistance générale.

C'est un fait d'observation courante que le volume nycthéméral de l'excrétion intestinale a cru en moyenne dans des proportions considérables ; les résidus alimentaires inutilisables tiennent en effet une grande place dans ce qu'absorbe l'homme d'aujourd'hui. Chose curieuse, et d'ailleurs parfaitement explicable, cette polychésie s'efface comme par enchantement lorsque celui qui en est atteint se trouve transporté dans une zone de ravitaillement normal où il absorbe cependant en poids une ration alimentaire bien moindre.

Nous assistons à une recrudescence curieuse d'ulcères de l'estomac et

du duodénum. Constatons-les sans les expliquer pour l'instant. Mon collègue Lamarque, frappé de cette abondance n'hésite pas à incriminer, dans sa genèse, un facteur diéto-toxique.

Non moins net est l'accroissement du nombre des cirrhoses du foie à marche rapide. Tous les cliniciens ont été frappés de leur fréquence et de leur gravité : mon collègue et ami Louis Rimbaud a consacré, avec Serre, une étude judicieuse à ces cirrhoses modernes, dans la genèse desquelles s'intriquent sans doute des déviations alimentaires et des intoxications répétées.

Ce n'est que d'une façon indirecte que nous pouvons rapporter aux circonstances actuelles la multiplicité des intoxications et des toxi-infections d'ordre alimentaire : beaucoup de conserves faites dans des conditions de garantie insuffisantes ont pu être rendues responsables d'accidents individuels ou collectifs ; on a décrit, mais d'une façon très rare, des accidents de botulisme ; la recherche toujours plus poussée des aliments végétaux a augmenté le nombre des accidents causés par les champignons vénéneux, voire même par la grande ciguë : j'ai été moi-même le témoin d'un drame socratique mortel de cet ordre.

La lambliase intestinale paraît s'être fortement développée, trop de poussières sont retenues dans le pain pour qu'on puisse s'en étonner.

[*Syndromes humoraux et généraux*]

Je vous ai parlé tout à l'heure des modifications de la crase sanguine chez les carencés de l'après-guerre. J'ai passé sous silence les modifications du taux de l'urée sanguine, nous ne le voyons pas modifié en effet chez nos œdémateux, nous le voyons au contraire augmenter dans des proportions quelquefois notables chez des amaigris et surtout chez des amaigris rapides. Cette hausse de l'azotémie qui peut d'ailleurs parfaitement coïncider avec une abondante et persistante polyurie est, selon toute vraisemblance, le fait de l'autophagie. Nous l'avons vue fléchir rapidement et dans de larges proportions par le simple enrichissement de la ration alimentaire, surtout azotée. Ce fait a une véritable valeur expérimentale.

Chez les femmes enceintes, si les accidents toxiques du premier trimestre qui sont d'origine placentaire (toxémie villeuse) n'ont pas été modifiés, en revanche les accoucheurs urbains sont unanimes à constater la disparition pratique actuelle des accidents de toxémie fœtale, de l'hypertension gravidique, de l'éclampsie. Soyons heureux de pouvoir porter un bienfait à l'actif de nos carences du jour.

Nous ne pouvons enfin nous empêcher de nous demander s'il n'existe pas un lien entre l'actuelle recrudescence d'un certain nombre d'affections d'origine mystérieuse et de portée fatale, et la déviation de notre économie diététique. Il semble bien que le nombre des cancéreux ait augmenté, et aussi celui de ces grands syndromes autonomes sanguins, ganglionnaires, réticulo-histiocytaires dont l'origine est aussi inconnue que le pronostic est lourd. Mais nous en sommes réduits sur ce point à de pures hypothèses.

Enregistrons aussi sans l'expliquer le caractère plus volontiers sévère de certaines maladies infectieuses, telles que la diphtérie, sans qu'une misère physiologique particulièrement poussée explique cette gravité chez les sujets qu'elle frappe.

En revanche le rapport n'est que trop certain et direct entre les carences alimentaires qui minent notre population et les formes actuelles de la tuberculose pulmonaire. Le nombre des tuberculeux croît. Le nombre des formes graves de la tuberculose pulmonaire s'élève. Nous sommes frappés par le caractère sournois de l'envahissment que nous observons chez beaucoup de sujets jeunes : un fléchissement de l'état général, que l'on est trop communément porté à expliquer, sans s'en préoccuper, par les circonstances malheureuses de notre temps, est souvent le seul symptôme qui attire l'attention, les signes fonctionnels manquent ou passent inaperçus et, d'emblée, le médecin et le radiologiste se trouvent en présence de lésions diffuses graves et souvent irrémédiables. Il n'y a rien là de nouveau, seule est nouvelle l'extension redoutable de pareils drames.

[*Syndromes nerveux et psychiques*]

Je vous ai parlé tout à l'heure des accidents neurologiques de la maladie des œdèmes. Ils peuvent s'observer à titre isolé. Nous voyons se développer nombre de polynévrites, de polyradiculo-névrites, de myélites d'origines inconnues. Mais nous sommes ici sur un terrain éminemment fragile. Depuis bien des années, nous assistons à l'éclosion de formes infiniment variées, souvent curables, de processus névraxitiques polymorphes qui ne se différencient guère des syndromes actuels. Devons-nous, dans la genèse de ces derniers, incriminer des carences qualitatives, devons-nous voir seulement en eux, comme hier, des manifestations d'infections diverses à virus neurotropes ? C'est une question à laquelle nous ne sommes point en état de répondre !

Plus nouvelle est l'apparition massive de syndromes psychiques ou psychonévrosiques, isolés ou associés. Certains sont graves : états maniaques, psychoses de revendication, puérilisme, syndrome de Korsakoff favorisés peut-être par l'absorption exagérée et compensatrice de toxiques dits à tort nervins. Il en est de temporaires et de réversibles, il en est de définitifs. Nous avons vu se multiplier les cas d'anorexie mentale qui ont pu reproduire, au point qu'on a pu s'y méprendre, le tableau symptomatique complet de la cachexie hypophysaire de Simmonds ; pour ma part, j'ai vu succéder en peu de mois, à deux reprises, à une anorexie mentale qui avait abouti à la cachexie la plus alarmante, une boulimie qui a créé une obésité des plus disgracieuses. Plus superficielles encore sont les petites déviations psychonévrosiques que l'époque actuelle ne manque pas d'engendrer à l'infini. Laignel-Lavastine a fait de curieuses observations à cet égard et, dans un mémoire récent, présenté devant l'Académie des sciences et lettres de Montpellier, mon collègue et collaborateur Jean-Marie Bert, non sans une pointe d'ironie, a fait défiler devant nous une galerie curieuse de déviés de l'heure présente parmi lesquels nombreux sont ceux qui ne voient que s'exagérer la traduction extérieure de leur constitution mentale morbide : les obsédés alimentaires qui ferment leur maison et réduisent à sa plus simple expression leur cercle familial par crainte de la fuite des ressources alimentaires du logis, les parcimonieux qui détaillent au centigramme leurs rations de pain et de fromage, les boulimiques qui se relèvent la nuit pour piller leur garde-manger et se couvrent parfois de leur rapt par de calomnieuses accusations ancillaires, les thésauriseurs en denrées alimentaires, les dissimulateurs, les prospecteurs qui passent leur temps à battre les campagnes, les quémandeurs qui abdiquent toute dignité sous l'empire de leur passion...

Laignel-Lavastine nous a décrit de nouvelles phobies : tel qui hier vivait dans la crainte de se livrer à des actes antisociaux à l'égard de membres de sa famille est aujourd'hui hanté par la phobie qu'il a de détruire sa carte d'alimentation ; tel autre a la phobie de la bruche ou du charançon, et ces phobies peuvent aller jusqu'à la revendication paranoïaque.

L'anxiété est, d'autre part, une des grandes dominantes de l'heure, une anxiété profonde et lourde. Qui de nous ne serait anxieux ? L'homme équilibré est maître de ce sentiment comme des autres, il le domine et va son chemin. Le faible se laisse vaincre et dévie de sa route. Nous voyons éclater des vésanies bruyantes, quelquefois temporaires, amendables par une thérapeutique énergique, d'autres fois plus profondes. Mais n'est-ce pas là un drame de tous les temps ?

Il n'y a rien là que de très compréhensible. Comment n'être pas actuellement anxieux et amer ? Nous devons nous replier sur nous-mêmes, refouler en nous toute une masse de sentiments inexprimables, réfréner nos humiliations, attendre notre heure. Cet effort constant dépasse les possibilités des faibles. Que les autres tiennent la barre à leur place. N'oublions point ce qui hier a engendré les jours que nous vivons aujourd'hui. Cultivons ce qui doit engendrer pour nous des lendemains qui vaillent d'être vécus, n'oublions pas qu'on a confondu autrefois le bien et le mal, qu'un scepticisme soi-disant élégant, qu'une indulgence qui n'était que faiblesse, qu'un soi-disant dilettantisme avaient réussi à effacer les vraies valeurs, à affaiblir notre armature vivante, n'oublions pas qu'on a mésestimé la nécessité de l'effort qui est tout, qui peut tout, même faire remonter du fond de l'abîme ceux qui ont sombré.

Vous m'avez laissé scruter devant vous le corps et l'âme de nos contemporains, nous y avons identifié les ravages de la guerre et de ses conséquences. Nous n'avons pas constaté de bouleversement profond de la santé physique ni de l'âme collective d'un peuple. Nous n'avons pas trouvé en lui de stigmate morbide vraiment inconnu de nos devanciers : les formes seules se sont modelées du fait des circonstances présentes, elles évolueront encore si la situation se prolonge et se tend. Notre confiance n'en demeure pas moins entière : ce qui serait vraiment un spectacle pathologique nouveau, ce serait de voir le peuple de France s'abandonner sous les coups de la plus grande adversité, perdre son espérance, sa foi dans son relèvement, mais ce sont là fleurs vénéneuses de plantes parasites, qui ne sont point près de prendre racine au pays de Jeanne d'Arc !

CONSULTATIONS. — III (1)

UNE FILLE DE HAUTE STATURE

Hypertrophie staturale simple, physiologique, familiale

par le Professeur Pierre Nobécourt
Membre de l'Académie de Médecine

J'avais eu l'occasion de soigner Simone P... (30.3555) de 7 à 9 ans ; elle avait une taille bien supérieure à la moyenne des filles de son âge. Je viens de la revoir à 20 ans ; elle a toujours une haute stature.

Voici, à différents âges, sous forme de tableau, sa TAILLE, en comparaison avec la taille moyenne des filles, son excès statural réel et pour une taille uniforme de 100 centimètres, l'âge correspondant à la taille.

Age		Taille		Excès statural		Age correspondant à la taille	
ans	mois	Simone cm.	moyenne cm.	réel cm.	pour 100 cm. cm.	ans	mois
7	4	130	112	18	14	10	5
8	11	139	120	19	15,8	11	7
9	3	140,5	121,5	19	15,6	11	10
9	6	142	123	17	13,6	12	
20	4	175	156	19	14		

Quant je vois Simone pour la première fois, à 7 ans 4 mois, elle a une haute stature (130 cm., au lieu de 112 cm.), une excès statural de 18 cm. ou 14 cm. pour 100 cm. Quand je la revois à 20 ans 4 mois, elle a toujours une haute stature (175 cm., au lieu de 156 cm.), son excès statural est de 19 cm. ou 14 cm. pour 100 cm. A ces deux âges,

(1) (Cf. *Consultations*, n° II. (V. *Gaz. des Hôp.*, n° 19, 1943.)

elle présente une *hypertrophie staturale moyenne* (excès statural de 10 à 14 pour 100), à la limite inférieure de l'hypertrophie forte.

En treize années, elle a grandi de 45 cm., de 1 cm. de plus que la moyenne des filles (44 cm.). Pour une taille initiale de 100 cm., à 7 ans 4 mois, elle a grandi de 34 cm., de 5 cm. de moins que la moyenne des filles (139 cm.). Sa croissance staturale réelle est sensiblement conforme à la croissance moyenne, sa croissance pour 100 cm. notablement inférieure à celle-ci.

C'est donc avant 7 ans, peut-être même dès la vie fœtale, que l'hypertrophie staturale s'est installée. Après 7 ans, Simone n'a fait que conserver l'excès statural qu'elle présentait avant cet âge.

De 7 à 20 ans, la croissance staturale de Simone, comparée à la croissance moyenne, s'est effectuée de la façon suivante :

Périodes d'âge	Simone — Accroissement statural réel cm.	Simone — pour 100 cm. cm.	Moyenne — réel cm.	Moyenne — pour 100 cm. cm.
7 ans 4 mois à 8 ans 11 mois...	9	6,9	8	7,1
8 ans 11 mois à 9 ans 3 mois...	1,5	1,1	1,5	1,2
9 ans 3 mois à 9 ans 6 mois...	1,5	1,0	3,5	2,8
7 ans 4 mois à 9 ans 6 mois...	12	9,2	13	11,6
9 ans 6 mois à 20 ans 4 mois...	33	23,2	31	24,8

De 7 ans 4 mois à 9 ans 6 mois, l'accroissement statural de Simone est sucessivement supérieur d'un centimètre, égal, inférieur de deux centimètres à l'accroissement moyen, et, au total, inférieur d'un centimètre. De 9 ans 6 mois à 20 ans 4 mois, il est supérieur de deux centimètres. En treize années, sa croissance n'est, au total, supérieure que d'un centimètre à l'accroissement moyen.

Chez la fille moyenne, de 9 à 12 ans, s'effectue la *poussée de croissance staturale prépubérale* ; chez elle, l'*éclosion de la puberté*, repérée par la *première menstruation*, se produit à 13 ans ou dans la quatorzième année.

Si Simone a eu une telle poussée de croissance, elle a eu lieu avant neuf ans. En tout cas, elle a eu ses *premières règles* à 13 ans, comme la moyenne des filles ; ses menstruations ont toujours été régulières et normales.

Etudions maintenant le POIDS et le PÉRIMÈTRE THORACIQUE, mesuré à hauteur de l'appendice xiphoïde. Dans le tableau suivant, je les compare aux valeurs moyennes pour la taille et donne l'écart net (excès ou réduction) réel, et pour cent avec la moyenne. Pour 20 ans 4 mois les moyennes sont approximatives.

POIDS

Age	Simone kg.	moyen pour la taille kg.	Ecart pondéral réel kg.	Ecart pondéral p. 100 gr.
7 ans 4 mois...	26,800	27,100	— 0,300	—
8 ans 11 mois...	30	32,300	— 2,300	— 7
9 ans 3 mois...	35,200	33,300	+ 1,900	+ 5,7
9 ans 6 mois...	36	34	+ 2	+ 5,8
20 ans 4 mois...	71	74 (?)	— 3 (?)	— 4 (?)

PÉRIMÈTRE THORACIQUE

Simone cm.	moyen pour la taille cm.	Ecart réel cm.	Ecart pour 100 cm.
56 — 59 = 57,5........	61,5	4	6
60 — 65 = 62,5........	64	1,5	2
61 — 67 = 64	64	0	0
61 — 68 = 64,5........	65	0,5	0
66 — 79 = 72,5........	89 (?)	16,5 (?)	18 (?)

Le *poids* de Simone est conforme à la moyenne pour sa taille à 7 ans 4 mois, inférieur de 7 pour 100 à 8 ans 11 mois, puis supérieur de 5,7 et de 5,8 pour 100 à 9 ans 3 et 6 mois, enfin inférieur de 4 pour 100 à 20 ans. Il a donc toujours été conforme à la moyenne, si on admet qu'un écart de ± 14 pour 100 avec la moyenne marque la limite des variations physiologiques du poids. Le fléchissement à 8 ans 11 mois est dû à un état fébrile prolongé, lié à une rhinopharyngite. Une appendicite chronique occulte, découverte à 9 ans 6 mois et vérifiée peu après par l'appendicectomie, n'a pas empêché la reprise de l'accroissement pondéral.

Le *périmètre thoracique xiphoïdien* est inférieur à 4 pour 100 au périmètre moyen pour la taille à 7 ans 4 mois, conforme à 8 ans 11 mois et à 9 ans, inférieur de 18 pour 100 à 20 ans ; mais à cet âge je ne possède pas de moyennes précises pour les femmes de haute stature.

Le COEFFICIENT DE PIGNET [Taille — (Poids + Périmètre thoracique)], comparé avec le coefficient moyen pour la taille, est le suivant :

COEFFICIENT DE PIGNET

Age	Simone	moyen pour la taille	Ecart
7 ans 4 mois......	45,7	41,6	+ 4,1
8 ans 11 mois......	46,5	42,7	+ 3,8
9 ans 3 mois......	41,3	43,2	— 1,9
9 ans 6 mois......	41,5	43	— 1,5
20 ans 4 mois......	31,5	12 (?)	+ 19,5 (?)

Le coefficient est supérieur de 4,1 et de 3,8 à 7 ans 4 mois et à 8 ans 11 mois, conforme à 9 ans et à 20 ans. A 20 ans, la moyenne approximative est supérieure de 19,5.

Un coefficient élevé témoigne d'une faible corpulence. Il est élevé parce que le poids, le périmètre thoracique ou les deux sont faibles par rapport à la taille.

Pour Simone, le coefficient élevé ne concorde pas avec l'impression donnée par l'habitus du corps. Pour sa taille, son embonpoint et son périmètre thoracique sont équilibrés. Son tissu adipeux sous-cutané, ses muscles sont normalement développés.

Elle a d'ailleurs la morphologie féminine, des seins bien formés et fermes. L'ensemble du corps est harmonieux.

Cette harmonie existe également dans la hauteur du buste (B), des MEMBRES INFÉRIEURS (S) et le RAPPORT DE MANOUVRIER $\left(\frac{S}{B}\right)$;

	Simone	moyenne pour la taille
B	89 cm.	92 cm.
S	86 cm.	83 cm.
$\frac{S}{B}$	0,966	0,902

Le buste est inférieur à la moyenne de 3 centimètres ; les membres inférieurs sont supérieurs à la moyenne de 3 centimètres ; le rapport de Manouvrier est supérieur à la moyenne de 0,064. Simone a donc une macrockélie légère (excès sur la moyenne de 0,06 et au delà). Cette macrockélie n'a aucune signification.

L'EXAMEN MÉDICAL ne révèle rien d'anormal. Il n'existe aucun symptôme d'une affection ou d'une maladie et notamment aucun symptôme d'une affection de l'hypophyse. Depuis les rinhopharyngites et l'appendicite chronique que j'ai signalées, elle n'a pas eu de maladie. Elle respire la santé.

Le DIAGNOSTIC s'impose. Il s'agit d'une *hypertrophie staturale simple, physiologique*, (1) et j'ajoute, *familiale*.

Simone est la troisième de six enfants qui, à différents âges, présentent les TAILLES et les excès staturaux suivants :

Nom	Age ans	Age mois	Taille cm.	Taille moyenne cm.	Excès statural réel cm.	Excès statural p. 100 cm.
1) Michel (42.5196)....	13	7	159,5	148,5	11	7,4
2) Jacques (37.4829)...	15	10	178,5	161	17,5	10,8
3) Simone						
4) Denise (38.4902)....	13	7	164	148,5	15,5	10,4
5) Geneviève (34.4404).	8	9	128	119	9	7,5
— —	10	6	138	130,5	7,5	5,7
6) Madeleine (43.5212)..	12	11	161	152,5	8,5	5,5

Les six frères et sœurs présentent des statures élevées.

Geneviève (5) et Madeleine (6) sont à la *limite supérieure des tailles moyennes* (excès statural de 5 pour 100).

Michel (1) a une *hypertrophie staturale légère* (excès statural de 6 à 9 pour 100 ; Geneviève (5) qui à 10 ans 6 mois rentre dans les tailles moyennes avait présenté à 8 ans 9 mois une telle hypertrophie.

Jacques (2), Simone (3), Denise (4) ont des *hypertrophies staturales moyennes* (excès statural de 10 à 14 pour 100).

L'hypertrophie staturale physiologique ne comporte pas de TRAITEMENT. On n'empêche pas un enfant de grandir, car la modalité de sa croissance staturale, quand il s'agit de cette variété, est inscrite dans l'œuf au moment de la fécondation de l'ovule par le spermatozoïde. L'histoire de Simone est démonstrative à cet égard ; à partir de 9 ans et demi sa croissance staturale a été conforme à celle des filles de taille moyenne.

(1) NOBÉCOURT (Pierre). L'hypertrophie staturale simple, physiologique. *Gazette des Hôpitaux*, 115e année, n° 30, p. 361 ; 10 septembre 1942.

Le diagnostic chimique des avitaminoses, techniques actuelles, par MM. Paul MEUNIER et Yves RAOUL. Préface du Prof. JAVILLIER, membre de l'Institut. Un vol. gd in-8° de 159 pages, cartonné. Prix : 60 francs. Masson et Cie, éditeurs.

Les dissolutions de la mémoire, par M. Jean DELAY, professeur agrégé de la Faculté de Médecine, médecin des hôpitaux de Paris, docteur ès lettres. Préface de M. Pierre JANET, professeur honoraire au Collège de France, membre de l'Institut. Un vol. in-8° de 152 pages. Prix : 35 francs (collection de la Bibliothèque de Philosophie contemporaine). *Les Presses Universitaires de France*, éd.

La plèvre, mécanismes normaux et pathologiques, par A. POLICARD et P. GALY. Un vol. gd in-8° de 126 pages. Prix : 60 francs. Masson et Cie, éd., Paris.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

Séance du 18 octobre 1943

Rôle du cuivre dans l'utilisation de l'acide ascorbique par le cobaye. — MM. Edmond Lesné, Michel Polonovski et Sotirios Briskas signalent que l'addition d'ion cuivre à un régime scorbutigène empêche chez le cobaye, l'apparition des signes osseux périarticulaires scorbutiques et les fait rétrocéder lorsque leur incorporation est postérieure à l'apparition du syndrome d'avitaminose. (Note présentée par M. Javillier.)

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 12 octobre 1943

Rapports. — M. Fabre : 1° Au nom de la Commission des Eaux Minérales, sur une demande en autorisation ; 2° au nom de la Commission des Toxiques sur l'œuf de serpent boa. On connaît ce jouet, composé chimique, qui produit après inflammation un serpentin ne ressemblant que de loin au boa constrictor. Présenté sous la forme d'une tablette, vendu chez les confiseurs, cet « œuf » a causé des accidents, car il est très toxique. L'Académie a demandé son interdiction.

L'infection tuberculeuse en 1942-1943 chez les mammifères et les oiseaux exotiques du Muséum. — M. Urbain apporte une très intéressante statistique des cas de tuberculose observés parmi les animaux du Muséum. 22 cas ont été relevés chez les mammifères, 39 cas chez les oiseaux.

Comme il fallait s'y attendre, chez les mammifères ce sont les primates qui sont les plus atteints. La tuberculose du singe est caractérisée par une évolution rapide. Les mammifères marins n'échappent pas à la contagion. M. Urbain a observé un cas de tuberculose *humaine* chez un phoque. Les grands fauves, lions, tigres, panthères, guépards ont également été atteints, ainsi que le tapir, le sanglier d'Indochine et naturellement les bovidés et les cervidés.

La tuberculose des oiseaux présente au Muséum une étiologie inattendue. Les moineaux parisiens s'abattent, en bandes, sur les parquets des oiseaux du jardin zoologique. Ils déposent dans les mangeoires des excréments riches en bacilles tuberculeux et deviennent ainsi de redoutables agents de transmission.

Papillomes, verrues et cancer. — M. Milian. — Le syndrome dermatologique connu sous le nom d'acanthosis nigricans : papillomatose pigmentaire ou nappe des régions humides (aisselles, pli inguino-cruro vulvaire, muqueuses, etc.), s'accompagne fréquemment de cancer viscéral, de l'estomac en particulier. Aussi la théorie pathogénique classique invoque-t-elle une irritation du sympathique abdominal par le cancer profond pour expliquer l'apparition de la « dystrophie papillaire et pigmentaire cutanée ».

Les choses ne se passent pas ainsi : ce qui commence ce sont des papillomes pigmentés, comparables aux papillomes vénériens. Le cancer abdominal est secondaire au papillome, comme le papillome infectieux du lapin sauvage amène des cancers profonds. Le cancer profond manque dans ce syndrome au moins une fois sur trois. Un papillome cutané de l'aine sur une région d'acanthosis nigricans a produit de proche en proche une néoplasie devenue volumineuse au devant de la colonne vertébrale et qui, cancer malpighien, a amené la mort de la malade. Une verrue plantaire, après six mois d'existence, a donné deux petits nodules sous-cutanés à distance et plusieurs ganglions cruraux où l'histologie a révélé un épithélium pavimenteux mixte (à la fois baso-cellulaire et spino-cellulaire). Le malade est mort de généralisation cancéreuse.

Les papillomes, particulièrement vénériens, sont d'origine infectieuse. Ces observations cliniques et histologiques sont favorables à l'hypothèse infectieuse de l'épithélioma au même titre que celle des sarcomes, et corroborent les expériences de Peyton Rouss sur le papillome infectieux du lapin.

Influence de la restriction alimentaire sur la durée de l'accouchement. — M. H. Vignes a insisté, à diverses reprises et en particulier dans ses *Maladies des Femmes enceintes* (tome I, page 48), sur ce que la suralimentation, et en particulier la suralimentation carnée, favorise la contracture utérine au cours de l'accouchement et prolonge le travail. Les circonstances actuelles de sous-alimentation l'ont amené à étudier, de nouveau, ce problème. Ayant observé dans sa clientèle, un bon nombre d'accouchements anormalement rapides et quasi-indolores, il a recherché sur une série plus importante que ne peut l'être la pratique privée, si ces faits étaient particulièrement fréquents. Il a comparé, quant à la durée de leur accouchement, les femmes hospitalisées dans son service en avril, mai, juin 1936 et les femmes hospitalisées en avril, mai, juin 1943. De façon indéniable, la durée moyenne des accouchements a été raccourcie et il ne semble pas qu'il faille attribuer ce raccourcissement au poids des enfants, quoique celui-ci soit un peu diminué.

Le risque de la silicose et le travail des fonderies. — M. André Feil, continuant la série d'enquêtes qu'il a entreprises dans les professions à poussières, communique le résultat de ses recherches dans les fonderies de fonte et d'acier.

Le travail en fonderie n'expose pas également tous les ouvriers au risque de la silicose ; seul le dessablage présenterait un réel danger. Sur 42 dessableurs examinés et suivis, il a été enregistré trois cas de silicose et sept cas de formes douteuses, légères ou débutantes, soit un pourcentage de 7 p. 100 de silicose et 16 p. 100 de pneumoconioses douteuses ou débutantes. Le risque est naturellement beaucoup plus important pour les dessableurs qui travaillent dans des cabines remplies de poussières que pour les ouvriers qui, simplement, surveillent les appareils automatiques. Aucun des dix ouvriers affectés à ce travail ne présentait de lésions apparentes ou pneumoconioses.

L'émeulage offre peu de risques lorsqu'il est pratiqué avec des meules non siliceuses, sur des pièces préalablement dessablées. La silicose n'est à craindre que si les ouvriers se servent de meules en grès.

Le danger de pneumoconiose est également faible pour les ébarbeurs-burineurs, car les poussières détachées de la pièce de fonte ou d'acier sont relativement volumineuses et n'arrivent que difficilement à pénétrer dans les plus petites voies respiratoires.

Ainsi, il apparaît que le risque de la silicose est surtout à craindre pour les dessableurs qui travaillent en cabine. Les meuleurs, les ébarbeurs et les autres ouvriers des fonderies sont surtout en contact avec les poussières de fonte, de fer ou d'acier qui sont beaucoup moins redoutables que les poussières de silice.

Au sujet des jus de fruits et des jus de légumes. — M. Cheftel rappelle que M. Martel s'est élevé récemment (séance du 1er juin 1943) contre l'emploi des antiseptiques dans les jus de fruits et notamment de l'anhydride sulfureux. Il a préconisé la conservation de jus par le froid.

M. Cheftel, revenant sur la question, fait remarquer qu'il ne peut être fabriqué industriellement de jus de raisins sans l'emploi de l'anhydride sulfureux. Examinant les autres procédés de conservation, il estime que le froid n'est pas le meilleur. On a, dit-il, une sécurité absolue en utilisant la pasteurisation extra-rapide qui offre l'avantage de ne pas porter atteintes aux vitamines connues.

SOCIETE DE PEDIATRIE

Séance du 19 octobre 1943

Papillomatose laryngée à forme suffocante. — MM. R. Clément, R. Bourgeois et A. Cornet ont pu porter chez un enfant de 5 ans, atteint de dyspnée intense, troubles de la voix et de la déglutition, cyanose et tachyarythmie, le diagnostic de papillomatose diffuse du larynx grâce à la notion de gêne respiratoire et de rancité de la voix depuis deux mois, à l'aspect particulier de la gorge tapissée de bourgeons recouverts d'un enduit blanchâtre et surtout à la laryngoscopie directe.

Les antispasmodiques n'amenèrent aucun soulagement et il fallut avoir recours au curettage laryngé et à la radiothérapie. Mais des récidives incessantes obligent à la répétition fréquente du traitement.

Présentation d'une jeune fille greffée pour spondylolisthésis douloureux. — MM. Rœderer et Graffin ont posé une greffe d'Albee chez une adolescente de 14 ans atteinte de spondylolisthésis de L_5 caractérisée par une lordose lombaire très marquée avec troubles de l'équilibre et une violente douleur locale. Après l'intervention, les douleurs ont disparu et la lordose s'est partiellement corrigée avec résultat notable depuis deux ans.

Cortico-surrénale ectopique découverte au cours d'une crise de hernie. — M. Bret.

Le signe de Chvostek en milieu scolaire. — MM. Giraud, Dufour et Sansot (de Marseille).

Uréthrite blennorragique chez un garçon de 6 ans. — M. H. Grenet et Mlle Gautheron.

Scorbut chez un enfant de 3 ans. Etude biologique. — MM. Sorrel, Marquézy et Bach font une étude clinique radiologique et biologique complète de ce cas dont la seule localisation était une hémorragie sous-périostée du fémur.

Ils insistent sur la similitude du cercle opaque bordant les noyaux d'ossification décalcifiés et sur le « liséré de deuil » décrit par Menaud dans la recalcification des tuberculoses ostéoarticulaires.

Ils notent l'absence d'acide ascorbique dans le sang et l'urine, l'augmentation du temps de coagulation, la diminution du taux de la prothrombine, le taux normal de l'amide nicotinique dans le sang et de l'hormone corticale dans l'urine.

Tous les signes s'amendèrent rapidement par les injections d'acide ascorbique.

Les auteurs signalent enfin les dangers des régimes monotones, déséquilibrés, sans fruits ni légumes frais, en reconnaissant toutefois la rareté de l'avitamiose C dans les circonstances actuelles.

Sténose pylorique familiale. — M. Marquézy a vu chez le 1er et le 3e enfants d'une même famille, une sténose pylorique associée à d'autres manifestations congénitales, kyste du cordon, hernie inguinale et pied bot.

Notice nécrologique

Charles GANDY (1872-1943)

Eloge prononcé
à la Société Médicale des Hôpitaux
le 15 octobre 1943

Notre collègue Charles Gandy est mort brusquement, le 5 juillet dernier, dans sa 72e année.

Il était né à Dijon le 21 avril 1872. C'est dans cette ville qu'il fit ses études classiques ; il y eut Marion comme aîné, et Victor Veau comme condisciple. Il vint à Paris pour faire ses études de médecine. Nommé à l'internat en 1895, il fut d'abord l'élève de Polaillon, puis de Faisans. En 1897, il était à Saint-Antoine interne de Letulle, à qui il dut sa solide formation d'anatomo-pathologiste ; Sergent faisait alors, dans le même hôpital, son année de médaille d'or dans le service de Gaucher ; il n'était guère de jour où il ne vint revoir son maître Letulle, et les anciens élèves du service ont gardé le vivant souvenir des causeries qui s'engageaient alors, et auxquelles Gandy prenait une part brillante. Lorsque Letulle passa à Boucicaut, Gandy le suivit, et il y fut le premier interne du nouveau service de tuberculeux : sans doute faut-il voir là, et aussi dans le séjour d'un an qu'il avait fait auprès de Faisans, l'origine de l'intérêt très grand qu'il ne cessa de porter à la phtisiologie, sans se spécialiser pourtant d'une manière exclusive. Il termina son internat dans le service de Dieulafoy, dont il fut ensuite chef de laboratoire, puis chef de clinique, et auquel il demeura très attaché.

Nommé médecin des hôpitaux en 1905, dans la même promotion que Rist et Garnier, il dirigea pendant un certain temps la consultation de Lariboisière ; en 1912 il devenait chef de service à Debrousse, puis à Cochin. Survint alors la guerre de 1914-1918 ; il fut d'abord médecin d'un régiment d'artillerie, puis d'une ambulance médicale, et enfin chef d'un secteur médical de la 4e région, à Alençon. Après la guerre, il prit, en 1920, un service de médecine générale à Lariboisière, où il resta pendant quatorze ans, jusqu'au moment de sa retraite, en 1934. Là il avait ouvert une consultation pour les maladies des voies respiratoires, ce qui assurait un important recrutement pour sa salle de tuberculeux pulmonaires, dont beaucoup étaient des incurables ; il tenait à visiter très régulièrement ces malheureux, auxquels il apportait tout le réconfort moral qu'il tirait de sa science et de son cœur. En 1939, mobilisé pendant quelques mois, il dirigea un centre hospitalier aux environs de Paris ; puis, libéré de ses obligations militaires en décembre, il revint se mettre à la disposition de l'Assistance Publique, et assura un service à Bichat.

Cette énumération ne suffit pas à montrer quelle fut l'activité hospitalière de Gandy, car il remplissait encore depuis l'année 1925 jusqu'au jour de sa mort, les fonctions de médecin-chef du sanatorium de Villepinte.

Notre collègue a laissé une œuvre médicale d'une grande importance.

Sa thèse de 1899 sur *l'ulcère simple et la nécrose hémorragique des toxémies* est demeurée longtemps classique. A cette époque, Dieulafoy, décrivant, après *l'exulcératio simplex*, la gastrite ulcéreuse pneumococcique, soutenait avec éclat cette idée que l'ulcère simple de l'estomac peut résulter de la transformation d'une ulcération gastrique infectieuse. Gandy, reprenant les idées de son maître, les appuyait par des études histologiques et des recherches étiologiques. Il arrivait à cette conclusion que l'ulcère simple, quel que soit son siège, est créé par un processus aigu de nécrose hémorragique ; cette nécrose, d'ordre toxique, est elle-même sous la dépendance d'une toxémie générale, d'origine infectieuse ou autre, dont les principes nocifs sont amenés au contact des tissus nécrosés par l'intermédiaire de la voie sanguine.

Gandy a individualisé un nouveau type clinique, *l'infantilisme tardif de l'adulte* : il se caractérise par son apparition chez des sujets dont le développement organique est achevé, et par une localisation élective sur tout ce qui appartient au domaine sexuel, organes génitaux et caractères sexuels secondaires. Il ne relève donc pas d'une insuffisance de développement prépubéral, mais il est lié à une régression organique et fonctionnelle, d'où les noms, proposés par Gandy, d'infantilisme réversif ou régressif. Il est assez spécial à l'homme, et Gandy le rattache à une dysthyroïdie et à une dysorchidie associées, avec participation possible, mais secondaire, de l'hypophyse.

C'est à propos de l'étude clinique et anatomique d'un cas de *mélanodermie d'origine biliaire avec splénomégalie*, que Gandy a décrit le premier des lésions très particulières de la rate, nodules de volume variable, fibreux et pigmentés, avec un centre dégénéré, d'aspect caséeux, lorsque les lésions sont avancées ; au degré le plus simple, il s'agit de petits foyers d'infiltration hémorragique et pigmentaires, bien limités, à topographie périartériolaire ; tout indique l'origine purement mécanique de ces nodules. Leur description a été reprise plus tard par Gamma dans les mycoses de la rate, et ils sont connus aujourd'hui sous le nom de *nodules de Gandy-Gamma*.

C'est à notre Société et à la Société anatomique que Gandy a publié la plupart de ses travaux, qui sont très nombreux, et qui portent sur les sujets les plus variés, selon les hasards de l'observation clinique. Parmi ses dernières communications, je signale une très importante étude de *l'ostéopœcilie*, dystrophie osseuse congénitale et familiale, révélée par la radiographie seule, et que Gandy et ses collaborateurs Ch. Guilbert et Mme Crasneanschi tendent, avec beaucoup de réserves, à rattacher à la syphilis héréditaire.

Un certain nombre des travaux de Gandy reflètent l'intérêt qu'il portait aux affections de l'appareil respiratoire et ont trait en particulier aux calcifications pleurales.

J'ai tenu à rappeler dans ces quelques mots combien la vie de notre collègue fut féconde, car il était de ceux que leur modestie ferait trop facilement laisser dans l'ombre.

Il avait gardé jusqu'à ses dernières années une grande jeunesse d'allure. Il est mort en pleine activité, en examinant un malade. Il a laissé des regrets unanimes ; car s'il se livrait peu et gardait toujours la plus grande réserve, la plus grande discrétion, dès qu'on l'approchait il inspirait la sympathie ; et ceux qui l'ont connu, ses élèves en particulier à qui il était uni par une affection réciproque, n'oublieront pas cet homme fin et distingué, simple jusqu'à l'effacement, d'une très grande courtoisie, d'une profonde droiture, scrupuleux dans l'accomplissement de son devoir, toujours prêt à se dévouer. Au nom de notre Société j'adresse des condoléances émues à sa veuve, à sa fille Mme Jacques Tournier, et à son fils, le Dr Maurice Gandy, chirurgien de l'hôpital de Neuilly, digne héritier d'un nom justement estimé.

H. Grenet.

INFORMATIONS

(Suite de la page 322)

Immatriculation, Inscriptions pour l'année scolaire 1943-1944. — I. — IMMATRICULATION :

Nul n'est admis aux travaux de la Faculté (travaux pratiques, laboratoires, cliniques, bibliothèque, etc.), s'il n'est porté sur le registre d'immatriculation (Décret du 31 juillet 1897).

Immatriculation d'office. — L'étudiant qui prend une inscription trimestrielle se trouve immatriculé d'office. Il n'acquitte pas le droit d'immatriculation.

Immatriculation sur demande. — Ne sont immatriculés que sur leur demande :

1° Les étudiants titulaires de toutes les inscriptions réglementaires ; 2° les docteurs; les étudiants français ou étrangers qui désirent être admis aux travaux de la Faculté.

La dernière inscription, ainsi que les inscriptions délivrées à titre rétroactif, ne confèrent point l'immatriculation. A l'immatriculation sur demande est attaché le droit réglementaire : 500 francs.

Un candidat peut être admis à subir un examen sans être immatriculé.

Les immatriculations d'office sont effectuées aux dates indiquées ci-dessous pour la prise des inscriptions trimestrielles.

Les immatriculations sur demande sont effectuées au Secrétariat de la Faculté (guichet 3), pour les étudiants réguliers, les jeudis et samedis de 12 à 15 heures, et au guichet 4 pour les docteurs et étudiants libres, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

II. — INSCRIPTIONS :

Première inscription. — La première inscription doit être prise du 1er au 30 octobre dernier délai, de 9 heures à midi.

En s'inscrivant l'étudiant doit produire :

I. — Diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire français ou diplôme d'Etat de docteur ès sciences, de docteur es lettres, ou de docteur en droit, ou titre d'agrégé de l'enseignement secondaire (hommes, femmes) et certificat d'études P. C. B. ou, pour les étudiants non dispensés du concours prévu par le décret du 4 février 1943, le certificat d'admission à ce concours s'ils ne l'ont pas subi à la Faculté des Sciences de Paris.

II. — Acte de naissance sur timbre de moins de trois mois d'ancienneté de date.

III. — Consentement du père ou du tuteur, si l'étudiant n'est pas majeur. Ce consentement (établi sur papier timbré à 6 francs) doit indiquer le domicile du père ou du tuteur dont la signature devra être légalisée (la production de cette pièce n'est pas exigée si l'étudiant est accompagné de son père ou de son tuteur).

IV. — Un certificat de revaccination jennérienne établi conformément aux dispositions de l'article 6 de la loi du 15 février 1902 sur la vaccination obligatoire.

V. — Extrait du casier judiciaire de moins de trois mois d'ancienneté de date.

VI. — Une photographie d'identité.

Il est obligatoirement tenu, en outre, de déclarer sa résidence personnelle et celle de sa famille, comme tout changement d'adresse survenant au cours de la scolarité.

Inscriptions trimestrielles. — Pendant l'année 1943-1944, les inscriptions trimestrielles seront délivrées dans l'ordre et aux dates ci-après, de midi à 15 heures, au Secrétariat (guichet n° 3). Les deux premières inscriptions de l'année seront prises cumulativement.

1er et 2e trimestres : du 4 au 23 octobre 1943 ; 3e trimestre : du 17 au 29 avril 1944 ; 4e trimestre : du 3 au 15 juillet 1944.

L'entrée des pavillons de dissection et des laboratoires de travaux pratiques sera interdite aux étudiants qui n'auraient pas pris les inscriptions trimestrielles aux dates ci-dessus indiquées.

MM. les étudiants sont tenus de prendre leurs inscriptions aux jours ci-dessus désignés. Les inscriptions trimestrielles ne seront accordées, en dehors de ces dates, que pour des motifs sérieux et appréciés par la Commission scolaire. (La demande devra être rédigée sur papier timbré). En aucun cas, il ne sera délivré d'inscription pendant la période des grandes vacances (1er août-30 septembre).

Les inscriptions sont personnelles. Nul ne peut prendre d'inscription par correspondance ou par mandataire.

L'année scolaire s'ouvrira le 3 novembre 1943.

MM. les internes et externes des hôpitaux doivent joindre à leur demande d'inscription un certificat émanant du ou des chefs de service auxquels ils sont attachés, indiquant qu'ils ont rempli leurs fonctions d'interne et d'externe pendant le trimestre précédent. Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel appartient l'élève.

L'inscription d'un trimestre peut être refusée, pour manque d'assiduité et de travail, par décision de la Commission scolaire. La décision est définitive.

Avis très important : MM. les étudiants sont informés qu'il ne leur sera délivré aucun certificat avant qu'ils ne soient en mesure de produire la carte d'immatriculation de l'année scolaire 1943-1944 munie de la photographie d'identité de l'étudiant. Cette carte leur sera délivrée par le guichet 5 après leur inscription aux Travaux pratiques et aux Stages hospitaliers.

Ils sont en outre prévenus qu'il ne sera tenu aucun compte des demandes de changement de série de travaux pratiques ou de services hospitaliers une fois accomplie leur inscription réglementaire au guichet 5.

Le Directeur-Gérant : Dr François LE SOURD.
Imp. Tancrède, Paris - 31.1080. (Autorisation n° 83)

N° 22. — 10 NOVEMBRE 1943 — 116e ANNEE — Ce numéro : 2 francs.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT. — Un an : France et Colonies, 75 fr. Etudiants, 40 fr. ; Etranger : 1re zone, 110 fr., 2e zone, 125 fr. *Chèques postaux : Paris 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e). Téléphone : LITTRÉ 54-93

POUR NOS ABONNÉS DE LA ZONE NON OCCUPÉE, adresser renouvellements et toutes communications aux Messageries Hachette, 12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône). *Chèques postaux : Lyon 218* (Service *Gazette des Hôpitaux*)

SOMMAIRE

Bi-hebdomadaire paraissant provisoirement deux fois par mois

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris

Concours de chirurgien des hôpitaux (une place). — Classement des candidats : Billet, 38 ; Rouvillois, 38 ; Lortat-Jacob, 37 ; Delinotte, 37 ; Beuzart, 37 ; Dufour, 36 ; Léger, 36 ; Chigot, 36 ; Vuillième, 34 ; Mathey, 34. Les quatre candidats ayant totalisé le plus grand nombre de points sont déclarés admissibles : MM. les Drs Billet, Rouvillois, Lortat-Jacob, Delinotte.

ÉPREUVE THÉRAPEUTIQUE CLINIQUE. — MM. les Drs Lortat-Jacob, 19 ; Rouvillois, 18 ; Billet, 19 ; Delinotte, 19.

ÉPREUVE SUR TITRES. — MM. les Drs Lortat-Jacob, 25 ; Billet, 25 ; Rouvillois, 25 ; Delinotte, 25.

CLASSEMENT DES CANDIDATS (définitif). — MM. les Drs Billet, 82 ; Lortat-Jacob, 81 ; Delinotte, 81 ; Rouvillois, 81.

M. Billet est nommé.

Concours pour deux places d'assistant d'oto-rhino-laryngologie des hôpitaux. — Jury : MM. les Drs Baldenweck, Bourgeois Achille, Grivot, Bouchet, Lemaitre, Moulonguet, Rouget, oto-rhino-laryngologistes ; Chabrol, médecin ; Fey, chirurgien.

Hôpitaux de Province

Lille. — Un concours pour deux places d'interne titulaire et une place d'externe en premier dans les services de la Faculté libre s'est terminé par le classement suivant : 1) M. J. Legrand ; 2) M. Paul Langeron ; 3) Mlle J.-M. Legenne ; 4) M. Jean Lemaître.

Le concours d'externat s'est terminé par le classement suivant : MM. Daele, Honoré, Crinquette, Denecker, Payelleville, Amoudru, Malaquin et Duriez. Ces candidats ont été proposés à la commission administrative des Hospices de Lille comme externes des hôpitaux dans les services de la Faculté libre

Faculté de Médecine de Paris

La chaire de clinique obstétricale Tarnier, de la Faculté de Médecine de l'Université de Paris (dernier titulaire : M. Portes, transféré dans la chaire de la clinique Baudelocque), est déclarée vacante. (*J. O.*, 29 octobre 1943.)

Concours du clinicat (8 octobre 1943). — Ont été proposés : Clinique Médicale (Hôtel-Dieu) : M. Tussanaire. — Clinique Médicale propédeutique (Broussais) : MM. Soublard, Teyssier. — Clinique Chirurgicale (Hôtel-Dieu) : MM. Clarac, Robert. — Clinique Chirurgicale (Saint-Antoine) : M. Vintrebert. — Clinique de la Tuberculose (Laënnec) : M. Tulou. — Clinique Urologique (Cochin) : MM. Rousset, Magder. — Clinique Cardiologique (Broussais) : M. Eman-Zadé (à titre étranger). — Clinique Obstétricale (Maternité) : M. Abd-el-Nour. — Clinique des Maladies cutanées (Saint-Louis) : Mlle Eyraud, MM. Lesca, François. — Clinique des Maladies cutanées (Salpêtrière) : Mlle Feyder, MM. Freyssinaud, Masdefeix. — Clinique des Maladies Mentales (Sainte-Anne) : Mlles Jouannais, Moreau, M. Maillard ; Psychiatrie infantile (Enfants-Malades) : M. Vivien. — Oto-Rhino-Laryngologie (Piccini) : M. Bouche. — Ophtalmologie (Hôtel-Dieu) : M. Toufesco.

Liste des prix à décerner. — Bourses de fondations, dons et legs, bourses municipales :

I. — Prix destinés à récompenser des travaux scientifiques (thèses, etc...), au titre de 1943 :

PRIX BARBIER, 3.000 francs. — Prix en faveur de la personne qui inventera une opération, des instruments, des bandages, des appareils ou autres moyens mécaniques reconnus d'une utilité générale et supérieure à tout ce qui a été employé et imaginé précédemment (inscription jusqu'au 15 décembre 1943).

PRIX BEHIER, 3.000 francs. — Au meilleur ouvrage sur une question de pathologie médicale (inscription jusqu'au 15 décembre 1943).

PRIX BERNHEIM, 800 francs. — Récompense de la meilleure thèse de doctorat sur la tuberculose (étudiant français, russe ou polonais, inscription jusqu'au 15 décembre 1943).

PRIX CHATEAUVILLARD, 2.000 francs. — Meilleur travail sur les sciences médicales imprimées au cours de l'année précédente (thèses et dissertations inaugurales admises, inscription jusqu'au 15 décembre 1943).

PRIX DÉROULÈDE, 1.800 francs. — Récompense de travaux ayant trait à l'étude du cancer (inscription jusqu'au 15 décembre 1943).

PRIX DESMAZES, 3.000 francs. — Récompense du meilleur traité sur la grippe (inscription jusqu'au 15 décembre 1943).

PRIX GÉRARD MARTINET, 2.800 francs. — Prix à un étudiant pourvu de 12 inscriptions au moins, poursuivant des recherches pour découvrir un médicament, sérum, etc..., susceptibles d'atténuer, en France, les ravages causés par les maladies contagieuses (inscription jusqu'au 15 décembre 1943).

PRIX JEUNESSE, 2.000 francs. — Prix au meilleur ouvrage sur l'hygiène (inscription jusqu'au 15 décembre 1943).

PRIX JEUNESSE (histologie), 1.200 francs. — Meilleur ouvrage relatif à l'histologie (inscription jusqu'au 15 décembre 1943).

PRIX LACAZE, 20.000 francs. — Au meilleur ouvrage sur la phtysie (inscription jusqu'au 15 décembre 1943).

PRIX LERI, 1.300 francs. — Prix à un auteur de nationalité française pour le meilleur travail sur les affections des os et articulations publié au cours de l'année 1940 (inscription jusqu'au 15 décembre 1943).

PRIX MONTHYON, 2.000 francs. — Récompense du meilleur ouvrage sur les maladies prédominantes en 1942 (inscription jusqu'au 15 décembre 1943).

PRIX RIGOUT, 600 francs. — Récompense de la meilleure thèse de Chimie biologique, physiologique ou bactériologique (inscription jusqu'au 15 décembre 1943).

PRIX LÉVY FRANCKEL, 750 francs. — Récompense à un élève méritant de la clinique médicale Hôtel-Dieu (inscription jusqu'au 15 décembre 1943).

PRIX LEGROUX (au titre de 1940), 2.000 francs. — Meilleur travail sur le diabète, ses causes et son traitement.

II. — Bourses destinées à venir en aide à des étudiants méritants et peu fortunés, régulièrement inscrits pour l'année scolaire 1943-1944 :

ANONYME, 2.800 francs. — Bourses à des étudiants méritants et sans fortune (inscription jusqu'au 15 décembre 1943).

CARVILLE, 1.200 francs. — Deux bourses aux profit de deux étudiants français laborieux et peu fortunés (inscription jusqu'au 15 décembre 1943).

CHAUFFOUR, 750 francs. — Bourse à un étudiant distingué et peu fortuné (inscription jusqu'au 15 décembre 1943).

CORVISART, 1.200 francs. — Aide à deux étudiants de nationalité française peu fortunés et dignes d'intérêt (inscription jusqu'au 15 décembre 1943).

DEMARLE, 700 francs. — Bourse à un étudiant méritant (inscription jusqu'au 15 décembre 1943).

DIEULAFOY, 6.000 francs. — Bourses à trois étudiants français méritants, sans fortune ou peu fortunés (inscription jusqu'au 15 décembre 1943).

FAUCHER, 1.000 francs. — Exonération totale ou partielle des frais de scolarité et d'examen pour deux étudiants français et deux étudiants polonais (inscription jusqu'au 15 décembre 1943).

HERVIEUX, 3.200 francs. — Aide à deux étudiants et sans fortune (inscription jusqu'au 15 décembre 1943).

LANNELONGUE, 450 francs. — Aide à un étudiant en médecine momentanément dans la gêne (inscription jusqu'au 15 décembre 1943).

MALTERRE. — Aide à un ou plusieurs étudiants français méritants ou sans fortune (inscription jusqu'au 15 décembre 1943).

MARJOLIN, 4.000 francs. — Remboursement total ou partiel des frais d'inscriptions d'étudiants en médecine français internes ou externes des hôpitaux de Paris, s'étant fait remarquer par leur zèle, leur exactitude, ayant recueilli avec soin les observations dans leur service; joindre à la demande les certificats des chefs de service (inscription jusqu'au 31 décembre 1943).

DE ROTSCHILD, 2.200 francs. — Bourses à deux étudiants de préférence israélites (inscription jusqu'au 15 décembre 1943).

SERGE HENRY SALLE, 500 francs. — Achats d'ouvrages se rapportant aux sciences médicales qui seront attribués à un externe de la Charité (inscription jusqu'au 15 décembre 1943).

PRIX SEGOND, 5.000 francs. — Bourses à des internes ayant fait leurs preuves qui préparent le concours d'adjuvat ou qui ont obtenu le titre d'aide d'anatomie (inscription jusqu'au 15 décembre 1943).

DE TRÉMONT, 2.000 francs. — Bourse à un étudiant méritant et sans-fortune (inscription jusqu'au 15 décembre 1943.

VÉRET, 400 francs. — Bourse à un étudiant méritant et sans fortune (inscription jusqu'au 15 décembre 1943).

VIRAIN, 2.000 francs. — Aide à un étudiant, fils de médecin ou d'instituteur de préférence, préparant l'internat et digne d'intérêt (inscription jusqu'au 15 décembre 1943).

III. — Bourses municipales. — Ces bourses ont pour objet de venir en aide aux étudiants méritants et peu fortunés. Elles sont réservées, en principe, aux étudiants fréquentant les cours de la Faculté depuis un an, au moins. Les candidats doivent être nés soit à Paris, soit dans le département de la Seine, ou les parents doivent y être domiciliés depuis cinq ans au moins au 1er octobre 1943.

Les demandes établies sur papier timbré à 6 francs (sauf pour les pupilles de la Nation) et accompagnées, soit du travail ou de l'appareil à récompenser, soit pour les bourses destinées à venir en aide aux étudiants d'un état de situation de fortune certifié, devront parvenir à M. le Doyen, au plus tard, aux dates mentionnées ci-dessus.

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétariat de la Faculté de 16 à 17 heures (Bureau du secrétaire adjoint), les lundis et mercredis de chaque semaine.

Facultés de Médecine de Province

Lyon. — M. A. Travers, professeur, est admis à la retraite pour ancienneté de services.

M. le Professeur Rhenter a été nommé assesseur du doyen et non doyen comme nous l'avons annoncé par erreur.

Bordeaux. — M. de Chailly, agrégé, est nommé provisoirement professeur d'anatomie pathologique et microscopie clinique.

Nancy. — M. Chalnot, agrégé, est nommé professeur de pathologie chirurgicale.

Faculté libre de Médecine de Lille. — Le concours pour une place d'agrégé de physiologie, ouvert le 9 octobre, s'est terminé par la nomination de M. le Dr Lamelin.

Le jury était composé de M. le Professeur Léon Binet, de Paris, président ; de M. le doyen Lepoutre (de Lille), les Professeurs Verne (de Paris), Le Grand et Paget (de Lille).

Ecoles de Médecine

Dijon. — M. le Dr Olivier, Professeur suppléant, est chargé d'un cours complémentaire de biologie.

Faculté de Pharmacie de Paris

Par arrêté en date du 28 juillet 1943, la chaire de zoologie de la Faculté de Pharmacie de l'Université de Paris (dernier titulaire, M. Launoy, retraité) prend, à dater du 1er octobre 1943, le nom de chaire de zoologie appliquée.

La chaire de zoologie appliquée de la Faculté de Pharmacie de l'Université de Paris est déclarée vacante.

Par arrêté en date du 1er septembre 1943, M. Fleury, professeur de chimie analytique à la Faculté de Pharmacie de l'Université de Paris, est transféré, à dater du 1er octobre 1943, dans la chaire de chimie biologique de cette même Faculté en remplacement de M. Herissey, retraité.

(*Voir suite page* 348.)

Naissance

Le Docteur et Mme Jacques Odinet sont heureux de vous annoncer la naissance de leur fils François (6 octobre 1943).

Nécrologie

On annonce la mort de :

— M. le Dr Patoureau (de Nantes), victime du bombardement aérien du 23 septembre.

— M. Le Huche, étudiant en médecine, à Nantes, victime du bombardement du 16 septembre.

— M. le Médecin lieutenant-colonel. Augarde, à Bordeaux.

— M. le Dr Gaston Top, de la Souterraine, victime d'un attentat. Il était le père du Dr G. Top, de Loon-plage.

— M. le Dr Pley, médecin de l'Hôpital de Saint-Ouen, père du Dr Julien Pley, externe des Hôpitaux de Paris.

— M. le Dr Marc Blatin, à Saint-Agoulin.

ORDRE DES MÉDECINS

Communiqué du Secrétariat Général

Le Bureau, constitué en Conseil restreint, du Conseil National de l'Ordre des Médecins, réuni d'urgence le 16 octobre 1943, après avoir pris connaissance de l'avant-projet de réforme de la loi du 1er avril 1898 sur la Mutualité, tient à manifester vivement l'émotion qu'il éprouve en constatant :

1° Que le principe du libre choix du médecin par le malade, explicitement prévu dans toutes les lois sociales antérieures, n'est pas indiqué ; que bien au contraire l'article 39 de cet avant-projet rend possible la suppression du libre choix ;

2° Que le texte de l'article précité permet la suppression de l'entente directe et l'instauration du tiers-payant ;

3° Que nulle part n'est prévue la liberté de thérapeutique.

Considérant que ces dispositions marquent un recul de cinquante ans sur la législation médico-sociale et sont contraires à l'exercice d'une médecine normale, saine et morale,

— Déclare avec force que le Corps médical s'opposera de tout son pouvoir à un fonctionnement aussi défectueux de la médecine française.

Le Président, Prof. PORTES.

Communiqué du Conseil du Collège départemental de la Seine

Extrait d'une circulaire communiquée par l'Office du Charbon :

OPÉRÉS, BLESSÉS GRAVES, TRAITÉS A DOMICILE. — Pendant toute l'année : 25 kilos, si la durée des soins nécessaires (pansements, lavages, etc...) est inférieure à 8 jours ;

b) 50 kilos, si cette durée excède 8 jours.

Ces allocations sont, en principe, non renouvelables.

MALADES SOIGNÉS A DOMICILE. — Le répartiteur a institué, pour cette campagne, quatre catégories :

1) CATÉGORIE n° 1. — Affections aiguës fébriles, d'une durée de moins de 8 jours : 25 kilos, en principe, non renouvelables, sur présentation d'un certificat médical légalisé.

Période d'attribution : Entre le 1er novembre et le 31 mars.

2) CATÉGORIE n° 2. — Affections aiguës fébriles, d'une durée supérieure à 8 jours : 50 kilos, sur présentation d'un certificat médical légalisé. Dans des cas graves, cette donation peut être renouvelée.

Période d'attribution : Entre le 1er novembre et le 31 mars.

3) CATÉGORIE n° 3. — Affections chroniques ou infirmités exigeant des soins spéciaux (lavages, pansements de plaies, lessivage de linge, etc.) : 50 kilos par trimestre.

Période d'attribution : toute l'année.

L'allocation ne sera faite que sur présentation d'un certificat portant avis favorable du Conseil départemental de l'Ordre des Médecins, 242, boulevard Saint-Germain.

Les praticiens établiront pour cet organisme une note confidentielle au vu de laquelle il délivrera, s'il le juge utile, le certificat nécessaire à l'établissement du titre par vos soins.

Ce certificat n'est valable que pour 3 mois.

4) CATÉGORIE n° 4. — Chauffage des personnes atteintes d'infirmités ou de maladies chroniques, les obligeant à garder constamment la chambre : 50 kg par mois d'hiver.

Période d'attribution : Entre le 1er novembre et le 31 mars.

L'allocation ne pourra être faite, pour cette catégorie, comme pour la troisième, que sur présentation d'un certificat émanant de l'Ordre des Médecins.

En pratique : du 1er novembre au 31 mars, les médecins pourront délivrer des certificats légalisés ne comportant pas de diagnostic, et qui seront présentés directement aux services municipaux dans deux cas :

Pour la catégorie n° 1 (affections passagères n'excédant pas une durée de 8 jours, justifiant une allocation de 25 kilos de charbon),

Et pour la catégorie n° 2 (affections passagères dépassant 8 jours, justifiant 50 kilos de charbon).

D'autre part, les médecins auront à délivrer deux certificats, l'un ouvert, légalisé et sans diagnostic, l'autre confidentiel pour l'Ordre, comportant l'âge du malade, le diagnostic détaillé et les soins prescrits :

Dans les cas relevant de la catégorie n° 3 (affections chroniques exigeant des soins spéciaux : lavage, pansements, lessivages, 50 kilos par trimestre),

Et dans les cas de la catégorie n° 4 (infirmités ou maladies chroniques immobilisant le malade pendant l'hiver, 50 kilos par mois).

Les doubles attestations concernant les catégories 3 et 4 devront être transmises par les malades à l'Ordre des Médecins de la Seine, 242, boulevard Saint-Germain.





TRAITEMENT
DES ANÉMIES
ET DES
DÉFICIENCES
NEURO-
ORGANIQUES
SOJAMINOL, complexe d'acides aminés : histidine, tryptophane, extrait du SOJA, riche en vitamines naturelles du groupe B associé aux glucanates de Fer et de Cuivre et à un neurotonique atoxique de synthèse : l'Ambotolyl.
MODE D'EMPLOI :
Adultes : 2 comprimés à chacun des trois repas.
Enfants : 2 comprimés à chacun des deux principaux repas.
SOJAMINOL
COMPRIMÉS
LABORATOIRE
du NEUROTENSYL
72, Bd Davout - PARIS (20e)



SPASMORYL
"ANA"



FORTOSSAN
NOM DÉPOSÉ
CIBA


AFFECTIONS SAISONNIÈRES DES VOIES RESPIRATOIRES SUPÉRIEURES
CORYZA
RHUME DES FOINS
TRACHÉO-BRONCHITE
cèdent rapidement grâce à la
SYNERGIE MÉDICAMENTEUSE
ANTIDYSPNÉIQUE & DÉCONGESTIVE
réalisée par la
CORYPHÉDRINE
ASPIRINE + SANÉDRINE
Acide acétylsalicylique
Chlorydrate d'Éphédrine lévogyre
SOUS FORME DE COMPRIMÉS RENFERMANT
ASPIRINE : 0.GR.50
SANÉDRINE : 0.GR.075
Tube de 20 comprimés
1 à 4 comprimés par 24 heures en prises espacées
SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPECIA
MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHÔNE
21, Rue Jean Goujon · PARIS

LES LOMBALGIES D'ORIGINE STATIQUE

Par M. Lance

Membre de l'Académie de Chirurgie

La *lombalgie*, la « douleur de reins », est banale ; il n'est pas d'individu qui ne l'ait éprouvée à plusieurs reprises pendant son existence. Elle est, comme nous le verrons plus loin, d'origine extrêmement variée. Parmi ces causes, les modifications de la statique rachidienne par cause locale (modifications des courbures, perte de l'équilibre) ou par action à distance, en vertu de l'interdépendance de tous les segments du corps dans leur équilibre et orientation, constitue un groupe important et trop souvent méconnu du praticien. Nous allons ici, brièvement, esquisser leur histoire.

La *région lombaire* est ce segment du tronc correspondant chez l'adulte à la courbure des lombes, étendue de la 11e vertèbre dorsale, point où finit la convexité dorsale, à la 3e pièce du sacrum, sommet de la convexité sacrée. Elle comprend donc, outre les six dernières vertèbres, la base du sacrum et les deux articulations sacro-iliaques. Sa forme participe à la fois de la forme du rachis et de l'inclinaison plus ou moins marquée du sacrum. Cette courbure lombaire, inexistante chez le nourrisson, ne se crée chez l'enfant que par compensation de la convexité dorsale, s'effaçant dans la station assise jusqu'à l'adolescence.

Les modifications statiques apportées à cette région se traduisent par des modifications de courbure ou de l'équilibre du tronc.

Il s'agit, par exception, du *redressement de la courbure lombaire* survenant *dans un décubitus prolongé*. Le type en est fourni par les douleurs de reins dont se plaignent presque constamment nos opérés pendant les deux ou trois jours qui suivent une intervention de longue durée, en résolution musculaire due à l'anesthésie, le dos à plat ou dans le vide sur la table orthopédique. A un moindre degré c'est le « mal de reins » après une nuit en chemin de fer, à plat sur une dure banquette, c'est le mal de reins du réveil des gens qui dorment d'un sommeil profond, étendus à plat sur le dos, et qui disparaît s'ils prennent l'habitude de dormir couchés en chien de fusil.

Beaucoup plus souvent il s'agit de *modifications de la courbure survenant dans la position verticale* et, du fait de cette position, s'associant ou non à la perte de l'équilibre du tronc, soit latéralement (chute latérale du tronc), soit dans le sens antéro-postérieur (chute du tronc en avant ou en arrière).

Si les axes statiques sont conservés, c'est-à-dire si le fil à plomb posé sur la protubérance occipitale tombe dans le sillon interfessier, et si la verticale passant par le sommet du grand trochanter coupe la 10e côte à égale distance de la face antérieure et de la face postérieure du tronc, affleure le bord antérieur du moignon de l'épaule pour venir aboutir au tragus, qu'il s'agisse de cyphose ou de lordose s'exagérant, devenant douloureuse en position verticale, ces douleurs sont dues, au moins au début, uniquement à des tiraillements ligamentaires. Si, au contraire, l'équilibre est rompu, il s'y ajoute des crampes, des myalgies par contracture musculaire.

Il résulte de cela certains caractères généraux nets : 1° Dans les formes pures, pendant longtemps, tant que la déformation n'est pas fixée par des rétractions musculaires, les *douleurs disparaissent vite dans la position couchée*, et se reproduisent peu à peu dans la position debout.

2° *Ces lombalgies n'existent pas chez l'enfant.* Chez l'enfant, les ligaments composés surtout de tissu élastique se laissent facilement étirer ; c'est à partir de l'adolescence que le tissu élastique faisant place peu à peu à du tissu fibreux, le ligament ne se laisse plus étirer et devient douloureux à la distension. C'est pourquoi le pied plat, la subluxation de la hanche ne deviennent douloureux qu'à partir de l'adolescence ou de l'âge adulte.

3° *Au début*, et pendant de longues années *la radiographie ne montre aucune modification de la forme et structure* des os et *articulations*. Ce n'est qu'à la longue que se produisent des modifications visibles aux RX : spicules de calcifications dans les ligaments tiraillés, modification de formes des corps vertébraux, lésions des disques et arthrites déformantes. Ce sont les mêmes lésions secondaires que l'on retrouve dans toutes les déformations d'origine statique : pied plat, subluxation de la hanche, etc.

Ceci dit, voyons les différentes formes de lombalgies d'origine statique.

Les *cyphoses rachitiques* souples du petit enfant apparaissant surtout en position assise, sont indolores. Les *cyphoses lombaires et dorso-lombaires de l'adolescence* s'accompagnent de douleurs dans les flancs disparaissant dans le repos allongé tant qu'il ne s'y joint pas, ce qui est fréquent, des lésions d'épiphysite. Une radiographie de profil du rachis dorso-lombaire est indispensable pour vérifier leur absence qui permettra, outre le port d'un corset, de prescrire la gymnastique rééducative des muscles du tronc, au lieu du repos nécessaire dans l'épiphysite.

Les *gibbosités lombaires* consécutives à des *maux de Pott anciens* présentent dans certains cas des douleurs d'origine statique, dues surtout au tassement et à l'inflexion progressive de la gibbosité, puisqu'elles sont calmées par le décubitus et cèdent au port d'un corset rigide de soutien ou à l'ostéosynthèse. On peut en dire autant de beaucoup de cas de douleurs de reins persistantes après *fracture par tassement antérieur d'un corps vertébral*, douleurs qui cèdent au même traitement.

Le type le plus complet des cyphoses douloureuses d'origine statique est celui des *cyphoses professionnelles*, celle des vieux jardiniers, des vieux vignerons, qui, après trente ans et plus de maux de reins, finissent par souder leur rachis par calcifications ligamentaires, cassés à angle droit et marchant appuyés à deux mains sur une canne de 50 centimètres de hauteur.

Nous passerons sous silence le *dos plat*, terreur des anciens orthopédistes, à cause des douleurs qui l'accompagnent si souvent. Il a perdu beaucoup de son intérêt depuis que la radiographie a montré que le plus souvent il accompagnait des anomalies vertébrales : sacralisations, lombalisations, le spondylolisthésis, avec sacrum vertical.

C'est surtout l'exagération de la lordose lombaire qui donne lieu à des phénomènes douloureux. Mais cette courbure est physiologiquement très variable. Il y a des *variations ethniques*. Duchenne de Boulogne, cite la cambrure très marquée des Espagnoles, des belles dames de Lima, et aussi, probablement grâce à la même origine, des pêcheuses du Portel, tout à côté de Boulogne. Pratiquement, en moyenne, nous avons fait les constatations suivantes : si l'on applique une surface rigide (morceau de carton par exemple) entre la 11e V. D. et la 3e V. S., le centre de courbure correspondant à la 4e V. L. en est séparé, chez l'homme adulte, par une distance de 3 centimètres, et chez la femme 4 centimètres. Au delà, on est autorisé à rechercher l'origine de la lombalgie dans l'exagération de la courbure, surtout si la courbe normalement régulière des reins est remplacée par une cassure nette de la taille avec sommet de courbure sur l'angle lombo-sacré.

Cette exagération de la lordose peut être due à une bascule exagérée du bassin en avant. Le type en est fourni par la *luxation congénitale double de la hanche* non réduite chez l'adulte. La tête fémorale vient occuper la partie postérieure de la fosse iliaque, le bassin bascule en avant, une énorme lordose de compensation se forme dans la position debout. Bien tolérée chez l'enfant, elle devient douloureuse chez l'adulte, souvent beaucoup plus pénible que les douleurs des hanches, c'est elle qui impose une ostéotomie avec crosse fémorale antérieure qui, redressant le sacrum, amène un soulagement considérable de l'infirmité.

Le plus souvent c'est l'exagération de la courbure du rachis lui-même, même peu marquée, qui est la cause des douleurs. Telle est la *lordose douloureuse de la cinquantaine chez la femme*. Elle a été remarquablement étudiée par mon ami le Dr G. Huc (voir *Traité d'orthopédie*, L. Ombrédanne et P. Mathieu, t. II, pp. 1540-1549). Elle résulte surtout du relâchment de la sangle musculaire abdominale sous l'influence de l'âge, de grossesses répétées, de la surcharge graisseuse pariétale et épiploïque, plus rarement de la ptose viscérale résultant d'un brusque amaigrissement — le port habituel de haut talons joue un rôle adjuvant — son début est insidieux, de vagues douleurs à la fin de la journée, parfois un traumatisme initial, un effort violent est invoqué comme début des symptômes. Progressivement une douleur permanente s'installe à siège variable « à la cassure de la taille », « dans les reins », avec des irradiations diffuses ou suivant, au contraire, le trajet d'un nerf (sciatique, fémorocutané, etc.). Au début, cette douleur est soulagée par le port d'une ceinture serrée, la position assise, surtout genoux relevés ou le décubitus qui redressent la déformation. Mais, peu à peu, celle-ci se fixe par contracture et rétraction musculaire et les phénomènes douloureux deviennent permanents. L'examen montre alors une courbure lombaire exagérée, avec un sacrum basculé en avant. Les apophyses épineuses difficilement senties au fond d'une fosse formée par la saillie des masses sacrolombaires tendues, dures ; la palpation est douloureuse au niveau de leurs insertions : en haut, dans l'angle costo-vertébral, en bas sur la région sacro-iliaque et la partie interne de la crête iliaque. Parfois, il s'y adjoint de la coccydynie qui est exagérée par la position assise, des douleurs dans le cou, les épaules, par contracture des muscles au niveau de la cyphose de compensation. Au niveau de la « cassure des reins » les téguments sont plissés en bourrelets graisseux, tandis que le ventre saillant par la bascule du bassin, présente une peau lisse, tendue. Cette courbature lombaire fixée ne se redresse plus ni dans la position assise, le décubitus dorsal, la flexion du tronc en avant.

La radiographie de profil ne montre au début qu'une exagération de la courbure lombaire, avec hiatus des disques en avant, la bascule du sacrum. Plus tard, on trouve de petites proliférations osseuses du bord antérieur des vertèbres « qui font la lippe », le disque entre la 5e V. L. et le sacrum diminue de hauteur, les corticales adjacentes deviennent irrégulières, traduisant une véritable maladie du disque.

Le diagnostic, comme dans toutes les lombalgies, doit être fait par élimination. Il faut écarter les viscéralgies : lombalgies des entéritiques, du plexus solaire, des rénaux, des salpingites, ovarites, rétroversions utérines, puis les radiculites avec tout le problème que soulève les lombo-sciatalgies les arthrites et disjonctions de la sacro-iliaque, les cellulites superficielles ou profondes si fréquentes chez les femmes obèses atteintes d'insuffisance hépatique.

La radiographie évitera de laisser passer inaperçu un spondylolisthésis de la 5e V. L. sur le sacrum. Elle montrera les autres anomalies vertébrales de la région : sacralisation de la 5e V. L., lombalisation de la 1re V. S., spina bifida occulta de la 5e V. L. ou de la 1re V. S., lésions auxquelles on a trop tendance, sans examen approfondi, d'attribuer à tort l'origine de beaucoup de lombalgies. La radiographie permettra encore d'évaluer le degré de décalcifiation, d'*ostéoporose*, qui peut survenir chez la femme à cet âge et la part qui peut lui revenir dans l'origine des douleurs. Il faudra en tenir compte dans l'établissement du traitement. De toute manière, une radiographie étendue à toute la région lombosacrée, de face et de profil est indispensable pour orienter le diagnostic.

Le traitement comportera une cure d'amaigrissement chez les obèses, le port de talons plats. Chez les sujets encore souples et réductibles, on instituera des exercices de reconstitution musculaire de la sangle abdominale et le port d'une ceinture du type lombostat. G. Huc a bien montré que, dans ces cas, le port d'une ceinture circulaire compressive, à sangles élastiques ou rigides est illogique. Elle serre le ventre en avant, lutte contre la ptose, mais ne redresse pas la colonne lombaire. Pour obtenir ce redressement, il faut une ceinture composée d'une cage rigide postérieure, prenant point d'appui aux omoplates et au sacrum, laissant un vide lombaire disponible, une plaque abdominale antérieure, et un serrage latéral. La pression exercée sur l'abdomen permet au rachis lombaire de venir occuper le vide réservé dans la partie postérieure de la ceinture. On obtient ainsi le redressement et le soulagement des douleurs.

Il en est ainsi tant que le rachis est resté souple, mais lors des crises aiguës avec contracture, il est indispensable de tenir la malade couchée dans la position « de hamac », dos appuyé, cuisses et bassins relevés par des coussins, région lombaire dans le vide. Cette attitude peut être très douloureuse et la contracture ne pas céder. Il peut être indispensable les premiers jours de faire de la morphine ou des infiltrations de novocaïne dans les muscles des gouttières. Dans les formes fixées, on ne pourra obtenir un redressement que par des corsets plâtrés successifs faits en position de hamac, au besoin sous anesthésie, et transformés ensuite en lits plâtrés amovibles. Lorsque la radiographie révélera des lésions discales, articulaires, on pourra être amené, pour permettre la suppression de l'appareillage, à pratiquer, après redressement, une ostéosynthèse lombosacrée.

A côté de ces formes « pures » des lordoses statiques douloureuses ont trouve des *formes associées, secondaires*. Les cyphoses hautes dorsales congénitales, la cyphose de l'adolescence, la cyphose sénile entraînant la formation d'une lordose lombaire de compensation. Une fois fixée la cyphose n'est plus douloureuse et c'est « des reins » que le cyphotique vient se plaindre, surtout s'il s'y joint comme c'est souvent le cas, un déséquilibre antéropostérieur. Ici, tout traitement correcteur est impossible ; si on redressait la courbure lombaire, l'équilibre serait rompu, il tomberait le nez en avant. Il faut se contenter de rétablir les aplombs, et de « détasser » le rachis lombaire par un corselet rigide fait sur un moulage pris en suspension et au besoin calmer les douleurs par la physiothérapie (ondes courtes, infrarouges).

Les *gros gibbeux scoliotiques* ou suite de *mal de Pott haut situé* rentrent dans cette catégorie, ils tombent en arrière et souffrent de la cassure lombaire. Ils sont justiciables du même traitement. En dehors des gros gibbeux, la lombalgie n'est pas une chose rare dans la *scoliose*. Si cette déviation reste indolore chez l'enfant, elle devient souvent douloureuse chez l'adulte. La courbure dorsale se fixant de bonne heure, c'est de la région lombaire et surtout dorso-lombaire, la « charnière » restée souple, que se plaignent les malades. La douleur diffuse siège tantôt du côté de la convexité, tantôt de la concavité. Il est difficile de faire le départ de ce qui revient aux tiraillements ligamentaires, aux chutes latérales du tronc entraînant des contractures musculaires, aux tassements avec compressions radiculaires. Ce que l'on peut affirmer c'est ceci : pour qu'une scoliose entraîne des douleurs, il faut que les courbures soient importantes ou le déséquilibre marqué. Une scoliose légère, à courbures se compensant, s'équilibrant, n'est pas douloureuse. On peut aussi affirmer que les douleurs dans la scoliose sont s'origine statique car elles s'atténuent et disparaissent même dans le décubitus. Elles reparaissent peu de temps après la reprise de la station debout. Elles imposent un traitement par corset rigide fait sur un moulage pris en correction maxima des courbures et rétablissement des aplombs, le corset peut être remplacé par une ostéosynthèse faite dans les mêmes conditions.

Les affections des membres inférieurs qui troublent la statique du bassin et du rachis peuvent être la cause de lombalgie ; c'est ainsi qu'un *raccourcissement considérable d'un membre inférieur*, non compensé, bien toléré chez l'enfant, peut devenir, chez l'adulte, une cause de douleurs qui disparaissent par la correction du raccourcissement. Ceci est encore plus net dans les faux raccourcissements dus à l'élévation du bassin des *ankyloses en adduction d'une hanche* (coxalgies, coxa vara anciennes). Le fémur, soudé à l'os iliaque, agit comme un levier coudé qui amène des tiraillements dans les sacro-iliaques et le déséquilibre latéral, des contractures douloureuses. Leur disparition est obtenue par la correction de l'adduction au moyen d'une ostéotomie.

On sait que dans les *pieds plats* à forme de valgus prédominant les douleurs ne sont pas toujours limitées aux pieds. Les malades peuvent se plaindre de douleurs aux genoux (tiraillement du ligament latéral interne) et aux hanches. Celle-ci résulte de la contracture, constatable à la main, du tenseur du fascia lata. Duchenne, de Boulogne, a bien montré que ce muscle congénère du psoas-iliaque pour la flexion de la cuisse « est principalement destiné à neutraliser l'action rotatrice en dehors de ce dernier muscle ». C'est la lutte contre la rotation externe du membre entraînée par le valgus qui cause cette contracture. Certains de ces malades se plaignent aussi des reins et cette douleur disparaît quand la correction du valgus a été obtenue par l'appareillage et les exercices. Il nous semble que là encore il s'agit de contractures musculaires dans les groupes qui fixent le bassin pour permettre l'action rotatrice interne du fascia lata.

On le voit, l'énumération précédente, bien que très incomplète, montre combien, lorsqu'un examen médical complet n'aura pas montré une explication plausible d'une lombalgie avant de renoncer à un diagnostic ou conclure de vagues douleurs rhumatismales, il est important d'étudier la statique du malade, de la tête... aux pieds.

ACTUALITÉS

RÉGIME DES HÉPATIQUES ET CARENCES VITAMINÉES

Par R. Levent

Dans une étude très complète qu'ils viennent de consacrer au régime des hépatobiliaires, G. Parturier et Ed. Pozerski (1) ont eu surtout en vue la pratique et n'ont négligé aucun des détails qui facilitent la prescription, aident l'application et assurent le résultat. Ils ne sont pourtant pas bornés à la seule pratique ; ils ont voulu la légitimer dans la mesure permise par nos connaissances présentes. Certains points de cette étude méritent d'autant plus l'attention qu'ils vont par le chemin de la diététique spéciale au-devant des préoccupations des hygiénistes touchant les restrictions. Alimentation faussée des gens bien portants et alimentation restauratrice de certains convalescents peuvent poser des problèmes analogues.

On sait qu'équivalents caloriquement les aliments d'espèce différente ne se suppléent guère ; qu'une harmonie doit être établie entre les constituants de la ration et en particulier vis-à-vis des sels minéraux et aussi que les vitamines sont indispensables.

On a moins présente à l'esprit la notion d'équilibre nécessaire entre vitamines et entre vitamines et autres composants de la ration, sels en particulier. Le régime bien compris des hépatobiliaires la met en relief. Le manque de certaines substances, l'excès de certaines autres, un déséquilibre entre vitamines peuvent exercer sur les effets de plusieurs d'entre elles des actions empêchantes et réaliser par une voie détournée des carences latentes ou manifestes en présence même de vitamines ; les troubles qui en résultent ne sauraient être négligés.

Il est à noter que certains groupements symptomatiques observés chez les hépatobiliaires, où ils se voient dans l'ensemble, sont réalisés de façon autonome par certaines carences vitaminées ; il est à remarquer aussi qu'un régime imparfaitement établi peut, malgré son apparente appropriation, les provoquer chez des sujets dont l'état devrait s'améliorer. Comme le font remarquer les auteurs, c'est la remise en harmonie du régime, guidée par l'examen clinique bien interprété, qui peut seule permettre la restauration escomptée de la fonction hépatobiliaire.

C'est ainsi que dans les hépatites de l'enfant on a pu décrire un nanisme biliaire associé à des troubles oculaires qui doit évoquer l'avitaminose A ; que certains cirrhotiques peuvent présenter des signes de scorbut (avitaminose C) ; que d'autres présentent des troubles cutanés proches de la pellagre ; que la polynévrite alcoolique de ces mêmes cirrhotiques, que les œdèmes et l'ascite rappellent aussi l'avitaminose P ; que certains signes ostéoarticulaires se rapprochent de la maladie de Barlow (C), du rachitisme (D), que certains de leurs troubles sanguins rappellent les avitaminoses C, K, P ; que certains signes génitaux évoquent l'avitaminose E. D'autre part, les symptômes d'hypercarotinémie chez les hépatiques témoignent de l'insuffisance du foie à transformer la provitamine en vitamine A.

On sait aussi qu'un déséquilibre entre vitamines A et D ou D et C' équivaut à une annulation ; que le défaut de sels minéraux en proportion suffisante agit de même ; que le déséquilibre phosphocalcique favorise l'avitaminose D ; qu'expérimentalement l'excès de NaCl peut entraîner une carence B, l'absence de fer la carence C et que certaines circonstances particulières : grossesse, infection, croissance, rendent cette harmonie préalablement encore plus nécessaire.

Notons encore le défaut d'hydrates de carbone qui chez les hépatiques peut provoquer hypoglycémie et acidose par l'intermédiaire d'une carence B et le défaut de matières grasses qui se combine volontiers avec l'avitaminose A.

L'étude de MM. Parturier et Pozerski cite encore nombre de ces interactions complexes que nous ne saurions énumérer ici mais dont l'importance n'est pas moins grande en pratique.

Des tableaux soigneusement établis par les auteurs montrent aussi l'intérêt pour le clinicien de lumières suffisantes sur ce point. Il ne s'agit pas, en effet, de fournir au sujet un supplément de vitamines qui ne serait qu'une surcharge inopérante ; le déséquilibre persisterait. De plus, le cas particulier qui nous occupe confirme le bien-fondé de la distinction des vitamines en hydrosolubles et liposolubles. Un bon nombre de ces dernières ne se rencontre en quantité notable que dans des aliments entièrement prohibés ; ce n'est donc pas dans le jaune d'œuf, la crème et l'huile de foie de morue qu'il faut chercher pour les hépatiques ces suppléments en facteurs A, B, P ou D.

C'est dans une meilleure utilisation des vitamines reçues, dans la revision et l'harmonisation des éléments composant le régime, que le problème trouvera sa solution. C'est l'observation clinique qu'il faudra prendre pour guide, L'analyse des symptômes initiaux, le groupement en syndromes d'éléments au premier abord disparates, la réaction aux régimes prescrits, l'interprétation judicieuse de réactions qui en résultent ou de symptômes nouvellement apparus devront guider le médecin dans l'établissement premier du régime et gouverner quant aux moments et aux particularités l'octroi des tolérances progressives que comporte tout régime de restauration organique ou fonctionnelle. D'une manière générale, c'est le tableau clinique qui règlera le régime, compte tenu en même temps de la nature de l'affection hépatique, de l'étiologie, de

(1) G. Parturier et Ed. Pozerski. *Régime des hépatobiliaires.* Maloine, Montpellier, 1943.

l'importance des symptômes vagosympathiques et hépatoendocriniens, de l'âge, du genre de vie, du climat, de la saison et actuellement des possibilités de ravitaillement.

Les régimes s'assoupliront peu à peu, partis de la diète hydrique sucrée ou de la diète absolue, si nécessaire, pour passer graduellement aux régimes de réparation, mixtes puis élargis, faisant leur place en temps opportun, non seulement à la viande mais au pain et au vin. Ce régime s'articulera avec les traitements médicamenteux, d'autant plus agissants que le moment de l'administration est plus judicieux.

On doit tenir compte des besoins de l'organisme et de ses facultés de digestion et d'absorption et s'efforcer de réaliser une alimentation bien équilibrée, variée et agréable.

Dans tous les cas il faudra veiller à l'équilibre entre éléments : lipides animaux vecteurs de A et D et lipides végétaux vecteurs de E ; protides animaux et végétaux pour avoir assez des acides aminés que les premiers seuls peuvent fournir. De même pour les autres constituants de la ration. L'équilibre phosphocalcique a une importance particulière si l'on veut réussir à éviter des carences latentes ou manifestes par altération du rapport phosphore-calcium. C'est l'absence de phosphore qui semble l'important. Une ration normale — des temps normaux — étant largement suffisante en calcium. Leur proportion par rapport aux substances énergétiques n'est pas moins importante. De son côté, le taux du fer est importante vis-à-vis de la vitamine G. Il est à noter qu'au temps présent les carences ayant une telle origine sont aussi souvent à redouter pour le sujet normal du fait des restrictions qu'elles peuvent en temps normal l'être pour les hépatobiliaires mis au régime.

En ce qui concerne les vitamines, on peut considérer que les liposolubles E, A et surtout D sont pour ces malades indisgestes alors que le contraire est vrai des hydrosolubles.

En dehors de l'huile de foie de morue, sa source principale, la vitamine D se trouve surtout dans le jaune d'œuf et les sardines, aliments interdits. Restent comme sources licites le lait, le beurre, les huîtres qui en sont beaucoup moins riches.

Pour la vitamine A nous notons les légumes verts, les carottes, source il est vrai indirecte, par l'intermédiaire de la provitamine qu'un foie touché ne transforme qu'en quantité limitée. Le poisson est heureusement une source permise.

Pour la vitamine E les feuilles vertes, le germe de blé, la chair musculaire, le foie sont les sources principales ; le lait, les amandes, l'huile d'olives assez pauvres, commandent des précautions (grillage des amandes).

Pour les vitamines hydrosolubles la solution du problème est plus aisée : pour C, oranges, citrons, légumes verts et même tomates, huîtres, raisins, lait, sont des sources entre lesquelles on a le choix ; B existe dans le germe de blé et la levure de bière autorisés.

C'est aux carences vitaminées que feront songer certains syndromes : ostéoarticulaires (C, D) ; sanguins (C, K, P) ; génitaux (E). On devra alors veiller non pas tant à une fourniture suffisante de vitamines qu'à leur équilibre entre elles et avec les autres aliments et à leur pleine utilisation. C'est là que porteront, en général, attention et corrections.

Lorsque l'enquête diététique et clinique aura conclu, il restera souvent à la compléter par une enquête culinaire et gastronomique sur l'importance de laquelle les auteurs attirent l'attention, forts qu'ils sont de leur expérience.

Conservation et préparation des aliments sont des éléments d'importance.

Du fait de l'oxydation l'action de l'air est habituellement nuisible aux vitamines A surtout mais aussi C, D, E peuvent disparaître plus ou moins vite ; C d'autant plus vite que le milieu est alcalin ; B que la température monte ; B_2 et B_3 résistent au contraire.

Beaucoup plus importants sont les effets du pH et de la chaleur. Quelle que soit la cause de l'hydrolyse, celle-ci est *inoffensive pour les vitamines si le pH est acide*, très nuisible au contraire s'il est alcalin. A, D, E résistent pourtant ; une alcalinité faible (carbonate) respecte B_1, une alcalinité forte (alcalis) la détruit. Au contraire, même à froid C est très rapidement détruit et aussi, quoique moins vite, B et B_2. A, D, E, non influencés directement, sont pourtant sensibilisés à l'oxydation. Le pH acide, au contraire, respecte toutes les vitamines. Sauf le vinaigre interdit pour d'autres raisons, tous les condiments acides (citron, acide phosphorique) sont recommandables.

La chaleur, base de toute cuisine, est d'importance au moins égale. Son action jugée autrefois toujours destructrice sur les vitamines est actuellement démontrée moins radicale. C'est à température égale la chaleur humide qui est, en général, la plus nuisible ; il y a un degré propre à chaque vitamine (qui renforce les effets du pH et de l'oxydation lorsqu'ils existent). C'est T la plus thermolabile (120° humides en 1 heure, 65° secs par exception à ce que l'on voit en général) et heureusement la plus abondante dans les crudités permises. B n'est détruit qu'à 130° ; B_2 et B_3 PP et E plus loin encore ; A et D résistent pendant 8 heures. Bien des procédés de cuisson, le blanchiment, sont inoffensifs, au moins partiellement.

Le froid est par contre, pour les vitamines même, le grand conservateur. C pourtant si fragile lui résiste si le froid est suffisant, appliqué dès récolte et prolongé jusqu'au moment de la cuisson. C'est donc le procédé de choix pour toute conservation sur place. Mais toutes les conserves ne sont pas par nature dévitaminées ; si importantes que soient les quantités de vitamines apportées par les aliments crus, les aliments cuits n'en sont cependant pas dépourvus.

L'étude des préparations culinaires, des divers assaisonnements est un lien entre la diététique et la cuisine ; l'horaire, l'importance relative des repas, la succession des services dans chacun d'entre eux comportent des solutions individuelles appliquées à chaque cas et à chaque moment. L'importance pratique de tels détails est loin d'être négligeable pour le succès de la cure.

En ces temps aussi où l'alimentation des bien portants est un problème sans solution durable, la connaissance des « procédés de résolution » ou des « artifices de préparation » peut alléger la tâche de ceux à qui incombe de prévoir et de pourvoir.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

Appendicite : l'haleine fétide, élément de diagnostic et de pronostic de l'appendicite aiguë, par M. René JOYEUX (de Montpellier), *Bull. Méd.*, n° 21, 1er novembre 1943, p. 325.

L'auteur se basant sur 89 observations pour la plupart recueillies dans le service de son maître M. le Prof. Massabuau, à Montpellier, attire l'attention sur un signe clinique « l'haleine fétide », que depuis cinq années il a toujours retrouvé chez les sujets atteints d'appendicite aiguë grave.

L'haleine de ces malades présente une odeur fécaloïde et même putride toute spéciale. Elle peut être perçue à distance ou au contraire il faut faire souffler le malade. L'auteur l'a constatée à tout âge, chez l'enfant, l'adulte et le vieillard. Cette fétidité ne peut être confondue avec celle de l'ozène ou des suppurations bronchiques, non plus qu'avec celle de l'embarras gastrique ou celle des matières fécales dans l'occlusion intestinale.

La différenciation peut être difficile dans certains cas. « L'haleine fétide n'a de valeur, dans le syndrome appendiculaire, que tout autant qu'elle est associée à un ou plusieurs signes cliniques abdominaux, par eux seuls insuffisants à affirmer l'appendicite aiguë. C'est un élément de syndrome, mais un élément de valeur. »

M. Joyeux a résumé 41 cas dans lesquels les malades opérés pour appendicite aiguë avec fétidité de l'haleine présentaient de graves lésions appendiculaires.

Par contre, de telles lésions n'ont jamais été rencontrées dans les laparotomies pour syndrome appendiculaire sans haleine fétide. Ces malades ayant tous un appendice seulement congestionné hypervascularisé en partie ou en totalité.

Le signe clinique signalé par M. Joyeux est donc de réelle valeur et il commande une intervention d'urgence. M. L. S.

Les signes cliniques de l'ulcère gastro-duodénal au début, par M. DANÈS. *Journal des Sc. Méd. de Lille*, n° 21, 17 oct. 1943.

Les auteurs classiques sont d'accord pour déclarer que le diagnostic de l'ulcus gastro-duodénal est difficile ou impossible au début. L'époque actuelle se prêtant particulièrement bien à l'étude de cette question en raison de l'extraordinaire fréquence de l'ulcère, M. Danès a réuni une centaines de cas et il tire de leur examen les remarques suivantes :

« Sur 100 ulcères gastro-duodénaux ;

55 souffraient depuis longtemps et n'avaient conservé qu'un souvenir imprécis des modalités initiales de leur douleur. Ils n'apportent aucune contribution à cette étude.

28 avaient débuté par une période douloureuse d'emblée typique avant laquelle il n'y avait rien. Chez 10 de ces malades les douleurs dataient de moins d'un mois.

15 avaient débuté par une complication dramatique (perforation ou hémorragie).

2 étaient de grands éthyliques et leur histoire pouvait se scinder en deux parties ; un long passé de dyspepsie hyposthénique en rapport vraisemblable avec une gastrite éthylique et l'apparition récente d'une dyspepsie douloureuse tardive à évolution cyclique.

De cette étude se dégage cette conclusion, quelque peu contraire aux données classiques : 43 % au moins des ulcères gastro-duodénaux débutent brusquement, sans ce long passé de troubles dyspeptiques imprécis qu'il est classique de leur attribuer. » M. L. S.

La guanidine est-elle responsable d'accidents nerveux dans l'intoxication azotémique ? par MM. LOEPER, LESOBRE, BRETON et BAPTISTE, *Presse Méd.*, n° 40, 23 octobre 1943, p. 315.

Se rappelant l'action convulsivante expérimentale de la guanidine, les auteurs ont cherché à rattacher certaines manifestations de l'urémie nerveuse à la rétention de ce corps. En d'autres termes, ils ont tenté de démêler dans la séméiologie si riche de la grande insuffisance rénale un nouvel élément d'une spécificité chimique.

La guanidine est contenue dans le guano. De ce corps on doit retenir deux notions essentielles : son pouvoir convulsivant et sa parenté avec la créatine et l'urée.

« L'hyperguanidinurie a pu être mentionnée chez de grands brûlés, au cours de la maladie de Barlow et de la chorée de Sydenham. L'hyperguanidinémie, de recherche difficile, aurait été observée dans des états aussi variés que l'épilepsie, la maladie de Parkinson et la cirrhose du foie. Mais, incontestablement, ce sont l'hypertension artérielle, les néphrites et l'éclampsie qui ont retenu avec le plus d'insistance l'attention des chercheurs. »

Les auteurs exposent leur technique de recherche de la guanidine et relatent quatre observations. Sans vouloir tirer prématurément des conclusions d'un lot d'observations aussi restreint on peut affirmer que la physiopathologie de l'insuffisance surrénale peut tirer parti d'une meil-

leure connaissance de la guanidine et que le dosage de celle-ci peut compléter utilement, dans ce domaine, les enseignements classiques du dosage d'urée. M. L. S.

Le syndrome de l'hypertrophie cardiaque dans le myxœdème de l'adulte, par le Prof. Alessandro Dalla Volta. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 8 mai 1943.

L'influence de l'insuffisance thyroïdienne sur le myocarde est un fait peu connu. On peut cependant décrire un cœur myxœdémateux caractérisé par l'énorme augmentation de volume du cœur avec parfois dilatation aortique sans lésion valvulaire. Pas de signes d'insuffisance myocardique ; étroite relation entre importance de l'hypertrophie et celle de la viciation thyroïdienne et particulièrement de l'œdème cutané. Disparition concomitante par le traitement thyroïdien des uns et des autres.

Apparence asthénique de la contraction cardiaque à l'examen radioscopique et modifications de l'e. c. g.

Ces phénomènes peuvent être attribués à l'œdème de la fibre myocardique et du tissu interstitiel et à une modification du tonus myocardique par hyposympathicotonie. R. L.

Contribution à l'étude de la décompensation dans les lésions mitrales, par Kaethe Muller et Henrich Rothopf. *Zentralblatt für innere Medizin*, 4 septembre 1943.

Le pronostic éloigné d'une lésion cardiaque persistant après guérison de la polyarthrite est commandé par les nouvelles poussées de l'infection causale ou par la survenue éventuelle d'autres affections fébriles ; principe classique que l'auteur a vu confirmé par la critique de 100 observations personnelles.

Un traitement judicieux prolonge la survie pendant des dizaines d'années d'une activité absolument normale. R. L.

Résultats d'examens hématologiques systématiques en 1942 : les variations actuelles de l'hémogramme, par MM. J. Bourret, D. Picard, Mlles M.-M. Peillard et G. Maillefaud. *Presse Médicale*, n° 40, 23 octobre 1943, p. 586.

De janvier 1942 à janvier 1943, les auteurs ont pratiqué chez des ouvriers de la région lyonnaise 1.287 examens du sang. Un certain nombre de faits se dégage de ces examens : 1° une légère diminution du nombre des globules rouges ; chez l'homme il est presque toujours inférieur à 5.000.000 et s'abaisse souvent au voisinage de 4.000.000 ; chez la femme il est voisin de 4.000.000 et souvent abaissé au voisinage de 3.500.000. Au cours de l'année 1942, cette tendance à l'anémie a paru s'accentuer progressivement.

La valeur globulaire tend de plus en plus à être supérieure à l'unité, entre 1 et 1,15 environ ;

2° Le taux des leucocytes n'est pas sensiblement modifié. S'il est courant d'observer des chiffres voisins de 4 à 5.000 en été, on voit souvent en hiver de petites leucocytoses entre 9.000 et 11.000 ; on ne peut parler de variations d'ensemble ;

3° La formule leucocytaire paraît avoir subi de notables changements pendant la même période : une tendance à la *neutropénie* s'est manifestée de façon constante et accentuée depuis le début de l'été. De plus tendance à la *monocytose*.

La formule a tendance à devenir normale vers le milieu de l'été. Les variations sont plus sensibles en milieu urbain qu'en milieu semi-rural.

Il n'est pas douteux que la sous-alimentation joue un rôle dans cette hypoglobulie.

Quoi qu'il en soit dans la période présente il y a lieu de considérer comme normaux : un taux de globules rouges de 4 à 5.000.000 chez l'homme ; de 3.500.000 à 4.000.000 chez la femme ; une monocytose à 25 et même 30 % ; un taux de neutrophie entre 50 et 60 %.

Ces constatations qui modifient les constantes hématologiques sont utiles à connaître, soit en clinique courante, soit dans le domaine de la médecine du travail. M. L. S.

Les maladies professionnelles du sang. Prophylaxie et protection, par le Dr R. Klima. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 23 janvier 1943.

L'auteur passe en revue les diverses lésions sanguines provoquées par les conditions professionnelles : anémie saturnine, anémie du benzol, anémie des rayons X et du radium, avec leurs caractères hématologiques et le traitement à prescrire. R. L.

Nouvelle technique d'examen de la sédimentation sanguine sur de petites quantités de sang, par le Dr Wilhelm Molnar. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 16 janvier 1943.

Microméthode appliquant la méthode de Doranyi. R. L.

Les modifications qualitatives du sang normal et pathologique. Modifications qualitatives des plaquettes dans la thrombopénie et la thrombasthénie, par le Dr J. Arneth. *Zentralblatt für innere Medizin*, 17, 24 avril, 1er, 8 mai 1943. R. L.

L'anémie de Coolen en Turquie, par le Dr Kemal Saracoglu. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 20 mars 1943. R. L.

Qu'est-ce que la sciatique ? par M. S. de Sèze. *La Semaine des Hôpitaux de Paris*, octobre 1943, pp. 217 à 232, avec 25 figures.

L'important travail que M. de Sèze vient de consacrer à la sciatique, échappe à l'analyse. Nous devons le signaler comme une revue générale absolument complète de la question. Vingt-cinq figures ou planches l'illustrent magnifiquement. Il aura une suite dans le prochain numéro de la même publication. M. L. S.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 19 octobre 1943

Notice. — M. Courcoux lit une notice nécrologique sur M. Valéry Meunier (de Pau), correspondant national.

Thyroïde et psychoses affectives. — M. Laignel-Lavastine. — Les lésions trouvées à l'autopsie de certains malades atteints de *psychoses affectives* permettent de confirmer l'idée qu'il existe un rapport entre ces troubles et la thyroïde.

L'auteur arrive à la conclusion que la psychose périodique, loin d'être une affection mentale déterminée, n'est qu'une entité clinique de première approximation, simple terme pour simplifier le langage.

Un seconde conclusion est que, si la thyroïde est la glande de l'émotion, cependant *beaucoup de psychoses affectives évoluent sans lésions thyroïdiennes*.

Une troisième conclusion est qu'il existe des *psychoses thyroïdiennes* avec substratum de cirrhose thyroïdienne.

Etude comparative de la virulence des syphilomes du lapin et des ganglions satellites. — MM. C. et J. Levaditi ont montré que le nombre des *Treponema pallidum* contenus dans la dose minima chancrigène pour le lapin est de 6.600. Pour Bessemans et ses collaborateurs, ce chiffre oscille en 773 et 2.560 tréponèmes provenant de syphilomes en « pleine floraison », et entre 2 et 15 s'il s'agit de spirochètes contenus dans les ganglions lymphatiques satellites.

De nouvelles recherches des auteurs leur ont montré que *la genèse de l'infection syphilitique locale exige l'inoculation d'un nombre considérable de spirochètes syphilomateux, alors que du suc de ganglions très peu parasités, dilué au même titre, réalise l'apparition de chancres typiques.*

Deux hypothèses peuvent être formulées : d'après la première, un virus syphilitique différant du tréponème s'associerait à de rares spirochètes, pour conférer aux ganglions satellites une virulence presque égale à celle des chancres hautement parasités. Suivant la seconde, le syphilome étant une réaction de défense, où des facteurs humoraux et cellulaires concourent pour exercer une action atténuante sur les tréponèmes, ceux-ci subiraient une diminution appréciable de leur potentiel pathogène. Il en faut donc énormément pour agir. Or, tel n'est pas le cas du tissu symphatique, lequel ne se défend pas et joue, tout simplement, le rôle de filtre.

Il est difficile, en l'état actuel de nos connaissances, d'opter pour l'une ou l'autre de ces hypothèses. Ne se contredisant pas, elles pourront être acceptées simultanément.

La prévention de la poliomyélite. — MM. Lépine et J. Levaditi (note présentée par M. Tréfouel). Une note communiquée récemment par l'Ordre des Médecins (voir *Gaz. Hôp.*, 1er oct. 1943, n° 19, p. 302), préconisait des vaporisations d'une solution médicamenteuse sur la muqueuse nasale comme préventif de la poliomyélite.

Les auteurs apportent des observations à propos de cette note. Ils rappellent que la voie nasale n'est pas la voie de pénétration exclusive du virus et la protection de la muqueuse nasale, si parfaite soit-elle, ne saurait instituer un moyen de prophylaxie absolue. La vaporisation de sulfate de zinc utilisée depuis 1938 est douloureuse et non sans inconvénients.

Etat réducteur des eaux alcalines à la source. — MM. Glénard et Lescœur. — La presque totalité des eaux de Vichy à la source sont momentanément réductrices du permanganate de potasse, c'est-à-dire qu'elles arrivent à l'air libre non seulement dépourvues, mais avides d'oxygène. Dès leur émergence elles absorbent l'oxygène de l'air qui transforme leurs sels ferreux en sels ferriques insolubles.

Au point de vue thérapeutique, on peut penser que cet état réducteur temporaire, ainsi que la naissance du pouvoir catalytique et de la floculation ne sont pas sans jouer un rôle dans la vie énergétique des eaux alcalines à la source.

Election. — MM. Cade (de Lyon) et Barré (de Strasbourg), ont été élus correspondants nationaux dans la section de médecine.

Séance du 26 octobre 1943

M. le Président fait part du décès de M. Lambret (de Lille), membre correspondant dans la section de chirurgie.

Rapport. — M. Lapicque au nom de la Commission du rationnement alimentaire, présente un rapport à propos de l'abaissement du taux d'extraction des farines. Il estime qu'il faut conserver le meilleur son, celui qui a une valeur alimentaire réelle et réserver le son de qualité inférieure, le gros son, pour l'alimentation du bétail.

Les localisations nerveuses de la neurotoxine du « Bacillus Coli » et leur fréquence. Myélite et encéphalite colibacillaires. — M. H. Vincent. — « Depuis mes premières publications sur l'existence de deux toxines distinctes, l'une neurotrope, l'autre entérotrope, secrétées par le *Bacillus Coli* (1925), j'ai appelé à diverses reprises l'attention sur les déterminations de la neurotoxine sur l'axe spinal, d'une part et, d'autre part, sur l'encéphale. Expérimentalement la myélite est très commune chez le lapin inoculé. Beaucoup plus rare chez l'homme elle est, également chez lui, toujours mortelle, produite dans les deux cas par des lésions considérables des cellules grises et de la substance blanche de la moelle.

« L'encéphalite est, au contraire, d'observation apparente plus rare chez les animaux. J'ai cependant observé chez un lapin un symptôme continu de *rétropulsion* paraissant dû à des hallucinations. Même symptômes chez une malade de M. le Prof. P. Bar, atteinte de troubles psychiques graves, et qu'il a bien voulu me montrer en 1925. Un autre lapin mâle, jusqu'alors normal, était atteint d'une monomanie singulière : il dévorait systématiquement les oreilles de tous les animaux (lapins mâles ou femelles, cobayes) qu'on mettait dans sa cage.

« Chez l'homme, outre le cas cité précédemment, je citerai celui d'un malade de M. Fribourg-Blanc (1926), atteint également de troubles mentaux, et celui d'un hébéphrénique précédemment infecté par le colibacille. Parmi les autres cas que j'ai pu observer pendant la même période, je citerai celui d'un enfant atteint depuis six ans de délire mystique continu, avec phases alternées de dépression et d'excitation : cet état avait succédé à une appendicite grave, opérée tardivement (j'ai dénoncé le rôle prépondérant et souvent mortel du colibacille dans les appendicites compliquées d'infection).

« J'ai pu examiner également, à la même époque, une malade de 72 ans qui, à la suite d'une pyélonéphrite chronique à *B. Coli*, fut opérée de néphrostomie et a été atteinte des symptômes suivants : inconscience absolue, mutisme, ne reconnaît plus son mari ni ses enfants, hallucination, délire, etc., pronostic très grave. Cette malade guérit cependant entièrement de même que l'enfant ci-dessus, après un traitement sérothérapique énergique.

« Ces cas d'aliénation mentale peuvent présenter une durée indéfinie s'ils ne sont pas traités. Il m'a été montré une malade colibacillurique présentant des désordres mentaux ayant nécessité l'internement depuis plus de vingt ans, et guérie, cependant, après le même traitement antitoxique. Lippens, de Bruxelles, Lepoutre, de Lille, etc., ont fait connaître, les premiers, à la suite de mes publications, des exemples caractéristiques de syndromes psychiques dus à l'intoxication colibacillaire. De nombreux cas m'ont été personnellement signalés (formes de moyenne gravité ou formes sévères), par des médecins français et étrangers.

« C'est seulement à partir de 1931-1932 que les médecins psychiatres ont reconnu l'intérêt qui s'attache à l'étiologie et à la pathogénie toxi-colibacillaire, jusqu'alors ignorée, de ces états mentaux...

« Il y a lieu d'appeler l'attention sur la fréquence de ces états psychopathiques relevant d'une intoxication bien définie et sur l'opposition existant entre les lésions anatomiques considérables de la moelle épinière, lorsqu'elle est atteinte, alors que dans l'encéphalite, les cellules des centres psychiques sont simplement imprégnées par la neurotoxine ; mais elles le sont d'une manière qui paraît définitive même sous les formes les moins graves (53 ans chez un malade de Lippens). Ces états morbides sont susceptibles, cependant, de disparaître sous l'influence du traitement rationnel antitoxique et antimicrobien.

« Il va sans dire qu'en raison de la fréquence de la colibacillose (particulièrement urinaire), celle-ci peut être une simple coïncidence chez les malades déments. »

Syndrome de Huguier. Nouvelle observation d'éléphantiasis anal et périanal tuberculeux. — MM. H. Gougerot, Duché, B. Duperrat, Courjaret et Courtenay. — Depuis 1924, Gougerot insiste sur la double erreur de faire une seule maladie du syndrome recto-ano-génital et sur la dénomination de syndrome de Jersild, alors que le Français Huguier a la priorité manifeste. Ce n'est pas même pas un seul syndrome, mais au moins trois syndromes cliniquement et étiologiquement différents et le plus fréquent, le syndrome éléphantiasique abcédé, ulcéreux, fistuleux, végétant, relève de quatre causes au moins (sans parler des inconnues) : incontestablement et le plus souvent la maladie de Nicolas-Fabre, mais aussi la tuberculose. Le malade en est un nouvel exemple avec inoculation positive au cobaye et constatation de bacilles de Koch chez l'animal. Les étiologies complexes sont très fréquentes.

1° Le phénomène de Ranvier à la base d'une opération de cécité : la kératocataphorase. 2° La sclérectiridostomie. Principes de cette opération antiglaucomateuse (projections). — M. Cornet. Présentations faites par M. Rochon-Duvigneaud.

Election. — M. Troisier est élu membre titulaire dans la 1re section (médecine et spécialités médicales).

Séance du 2 novembre 1943

Notice. — M. Lhermitte donne lecture d'une notice nécrologique sur M. Adrien Pic (de Lyon), correspondant national.

A propos de quelques cas de typhus exanthématique dans la région parisienne. — MM. Tanon, H. Cambassédès et J. Boyer relatent l'histoire de quelques cas exceptionnels de typhus observés à Paris et qui, tous, jusqu'à présent, sont demeurés sans suite.

L'un d'eux aurait pu pourtant donner quelque inquiétude. Il s'agissait d'un homme trouvé malade sur la voie publique, sans renseignements, chez qui le typhus avait été diagnostiqué à l'hôpital. Grâce au concours des divers services de la Préfecture de Police, il fut rapidement possible de rétablir l'identité de ce sujet. C'était un individu qui, récemment sorti de prison, avait en quelques jours, exerçant la profession de voleur de draps, déjà changé six fois d'hôtels, dans un quartier de gare.

L'origine de la maladie devait être retrouvée à la prison où un autre cas était bientôt observé, et où un examen systématique de tous les prisonniers, ayant eu un contact suspect avec le malade, permit de découvrir, par l'hémodiagnostic, un troisième cas, celui-ci ambulatoire.

Les auteurs attirent l'attention sur l'intérêt pour le dépistage de ce procédé si simple que L.-C. Brumpt a fait connaître.

L'avenir des pleurétiques. — M. Brelet (de Nantes) a envoyé une note sur ce sujet. La présentation en a été faite par M. Nobécourt.

D'après les résultats d'une statistique de 400 cas, l'auteur estime que le pronostic lointain de la pleurésie tuberculeuse est moins grave qu'on ne l'a souvent prétendu.

Phénomènes de dénutrition chez les aliénés pendant la période de restrictions. — Mme L. Randoin. — En juillet 1942, le régime de restrictions ayant provoqué, dans les asiles d'aliénés, un chiffre élevé de mortalité, une mission officielle fut alors confiée à Mme Randoin, celle de faire procéder à des enquêtes alimentaires précises au moyen d'une méthode rigoureuse.

L'enquête établit que les aliénés recevaient des rations insuffisantes du point de vue énergétique pur. Du point de vue qualitatif, la déficience la plus grave portait sur les albumines d'origine animale ou plutôt sur les acides aminés indispensables. Les teneurs des rations en vitamines A et D étaient nettement trop faibles également.

Mme Randoin a insisté pour que les aliénés qui, selon une expression assez dure, ont été « élevés à la dignité de malades », soient vraiment considérés comme des malades, et, en conséquence, puissent bénéficier du ravitaillement accordé aux autres établissements hospitaliers.

Le Ministère de la Santé Publique, à la suite de l'enquête, a donné les instructions nécessaires et a obtenu du ravitaillement des suppléments alimentaires pour les hôpitaux psychiatriques.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 20 octobre 1943

Dyskynésie de l'œsophage terminal. — M. Bergeret est resté fidèle à l'opération de Heller qu'il a pratiquée 15 fois avec succès mais le mégaœsophage persiste très longtemps tandis qu'après splanchnicectomie il disparaît rapidement.

Thrombophlébite utéro-pelvienne postabortive guérie par hystérectomie et résection des pédicules veineux. — MM. Mondor, Olivier et Champeau.

Deux cas de hernies diaphragmatiques congénitales opérées par voie thoracique. Guérison. — M. R. Sauvage estime que la voie thoracique est une excellente voie d'abord ; elle est bénigne si l'on observe les règles de la chirurgie thoracique.

La phrénicectomie méthode de traitement palliatif de la hernie diaphragmatique. — MM. Funck-Brentano, Ledoux, Lebard et Thiroloix ont dans un cas utilisé avec succès la phrénicectomie pour pallier aux troubles de subocclusion présentée par une femme âgée.

A propos d'une tumeur bénigne de l'estomac. — MM. L. Bazy et P. Chêne ont enlevé une tumeur de type brunnerien chez une femme qui ne présentait aucun signe d'anémie de Biermer.

Trois cas d'hémorragie intrapéritonéale d'origine génitale ne reconnaissant pas pour cause la grossesse extra-utérine. — M. Baillis. Rapport de M. Alain Mouchet.

Appareillage pour le transport vertical des blessés à bord des navires de ligne. — M. Siméon. — M. Oudard, rapporteur.

Hernie obturatrice étranglée. A propos de 4 cas. — MM. Lortat-Jacob et Roy. Rapport de M. S. Blondin.

Séance du 27 octobre 1943

Iléus spasmodique. — MM. Fresnais, Geoffroy et Petitot.

Iléus spasmodique. — MM. Masmonteil et Livory.

M. Sénèque rapporte ces deux observations auxquelles il en ajoute une troisième personnelle. Aucun fait ne permet d'expliquer le dysfonctionnement de la motilité intestinale.

Résection pour exclusion type Finsterer pour ulcère du duodénum. Echec. — M. Dor. M. Sénèque rapporte cette observation dans laquelle un ulcus peptique est apparu par suite de la persistance d'un moignon pylorique avec conservation de la muqueuse.

La palpation du foie dans les cancers du rectum. — MM. Lambret et Decoulx conseillent l'extirpation des métastases hépatiques quand elles sont uniques et abordables.

Du traitement des ostéomyélites aiguës des os longs par la résection diaphysaire. — MM. Sorrel et Guichard considèrent, en se basant sur leur expérience personnelle, que la résection constitue l'opération de choix dont l'indication doit être large. Elle peut être effectuée dès que le pus est collecté. Les auteurs précisent leur technique.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 15 octobre 1943

Accidents nerveux spontanés au cours d'une pleurésie. — MM. Cacherra et Scherrer. — Observation précise de l'éclosion spontanée d'accidents nerveux au cours des pleurésies. Etat de mal épileptique, crises localisées à la face, perte de connaissance ; hémiplégie droite, aphasie du type anarthrique. La pathogénie de ces accidents nerveux spontanés est incertaine. Deux éventualités sont discutables : l'embolie cérébrale par thrombus détaché du cœur gauche ou des veines pulmonaires, et le réflexe pleural. En l'espèce, il a été impossible de conclure.

Emphysème obstructif du poumon gauche par fistulisation d'une adénopathie caséeuse dans la bronche souche gauche. — MM. J. Marie, Seringe et Umdenstock. — Chez une fillette de 8 ans, perforation d'une adénopathie caséeuse dans la bronche gauche, un an après la primoinfection tuberculeuse. Les auteurs insistent sur la valeur des sifflements respiratoires, sur la nécessité d'examens radiologiques du thorax en inspiration et respiration forcées ; sur la constatation radiographique de la caverne ganglionnaire juxta-hilaire gauche ; sur le fait de la tolérance de l'organisme en regard de l'évolution de l'adénopathie caséeuse.

Intoxication par le diméthyl-sulfate et dilatation des bronches. — MM. J. Célice, Pelicier et Chadourtaud relatent deux observations d'intoxication. Après des symptômes graves cutanéo-muqueux, pharyngés et broncho-pulmonaires, la guérison a lieu. Des dilatations des bronches importantes sont décelées dans les mois qui suivent.

Recherche clinique du spasme bronchique. — MM. Ameuille, Lemoine et Dosthali. — Cette recherche a été tentée par bronchoscopie et bronchographie. La bronchoscopie n'a pas permis de démontrer le spasme bronchique ; on a trouvé seulement l'infection et l'épaississement de la muqueuse. La bronchographie lipiodolée a démontré l'amincissement de la lumière bronchique infectée. On ne peut affirmer que cet amincissement est dû au spasme.

Séance du 22 octobre 1943

Considérations sur l'étiologie des œdèmes de dénutrition par carence alimentaire après deux années d'observations. — M. Hugues Gounelle. — L'œdème de dénutrition par carence alimentaire reconnaît comme première cause une carence protidique.

Comme facteurs seconds viennent l'orthostatisme, l'état de chloruration, la carence lipidique, la masse hydrique ingérée, et certaines causes prédisposantes liées au terrain : âge, sexe, tares vasculaires.

Ces constatations étiologiques conditionnent la thérapeutique.

Anémie pernicieuse et cancer gastrique. — M. Poumeau-Delille relate un cas d'anémie de Biermer d'aspect typique au cours de laquelle apparut un cancer de l'estomac, en même temps que de nombreuses cellules néoplasiques se montraient dans la moelle sternale, et que l'état général, très amélioré par l'hépatothérapie, s'aggravait rapidement.

Guérison d'une méningite à pneumocoques par le P-amino-phénylsulfamido-2-pyrimidine (sulfapyrimidine) après échec des traitements sulfamides classiques. — MM. René Martin, B. Sureau, N. Bourgart et P. Baboubot. — Observation d'une fillette de 5 ans, traitée depuis vingt jours par le 1162 F, le 693 et le sulfamidothiazol, conservait un liquide purulent avec pneumocoques décelés par culture. La sulfapyrimidine ou adiazine ou pirimal a pu être administrée à dose plus élevée, et amener la guérison.

Cette observation unique ne permet pas de tirer des conclusions définitives, néanmoins elle paraît suffisamment expressive pour attirer l'attention du corps médical sur ce nouveau produit, et encourager les firmes françaises à organiser la production de ce produit actuellement limité à l'expérimentation.

Les formes suraiguës des cardiopathies rhumatismales chez l'enfant. — MM. Grenet, Joly et Pierre Grenet. — Etude de certaines cardiopathies rhumatismales à évolution suraiguë, mortelles en trois semaines. Début brutal, gravité immédiate de l'état général. Comme signes cardiaques : tachycardie, assourdissement des bruits du cœur, souffle, augmentation de volume du cœur. Ces formes suraiguës sont tantôt la première manifestation du rhumatisme, tantôt elles surviennent à l'occasion d'une récidive, le cœur ayant été touché antérieurement. Elles s'observent surtout chez des enfants très jeunes de moins de 6 ans. Il s'agit d'une évolution rhumatismale et non d'endocardite maligne : atteinte des 3 tuniques, péricarde compris.

Leptospirose à L. grippo-typhus. — M. Brunel et Mme Kolo-shine-Erber. — Nouveau cas de l'infection saisonnière d'origine hydrique s'ajoutant à ceux décrits par Decourt et Lemierre. — Homme de 35 ans, après avoir pris des bains dans une rivière de Seine-et-Oise, présenta un syndrome infectieux brutal qui fit poser le diagnostic de spirochétose à L. ict.-hémorragique à forme anictérique, en raison de myalgie et de rachialgies intenses. Les séro-réactions, d'agglutinations et la lyse des leptospires montrèrent qu'il ne s'agissait pas de leptospirose à L. ictéro-hémorragique, mais de leptospirose à grippo-typhose. Evolution bénigne et guérison au 10e jour.

SOCIETE DE PATHOLOGIE COMPAREE

Séance du mardi 12 octobre 1943

La sulfamidothérapie en médecine vétérinaire. — MM. J. Verge et R. Vuillaume. — En médecine vétérinaire, la sulfamidothérapie a donné des résultats appréciables souvent comparables à ceux obtenus en médecine humaine. Ses indications majeures sont les infections puerpérales et les septicémies des jeunes, la gourme, la maladie de Carrée ; la sulfamidothérapie locale associée améliore toujours l'évolution des plaies chirurgicales ou accidentelles.

Les résultats de la sulfamidothérapie dépendent essentiellement de la façon dont cette thérapeutique est appliquée ; elle doit être *précoce*, *massive* (de 0,1 à 0,3 gr. par kilog., suivant l'espèce) et *soutenue* pendant 4 à 6 jours au moins. Ces doses sont pratiquement sans danger. Un animal non guéri au dixième jour de traitement ne le sera plus par cette méthode.

Questions biologiques d'actualité concernant la sulfamidothérapie. — M. P. Durel. — I. On connaît le rôle de l'acide p-amino-benzoïque comme facteur de croissance et la réaction de déplacement à laquelle se prête le sulfamide. Le phénomène est plus général, et d'autres facteurs de croissance (diamino benzophénone, acide pentothénique, acide nicotinique (?) peuvent être inhibés par des corps *qui ne diffèrent d'eux que par le remplacement d'un CO par un SO2.*

II. — Diverses incompatibilités des sulfamides doivent être rappelées ; urotropine, quinine, adrénaline. Durel a surtout étudié la potentialisation « sulfamide-opium ». Le choc sulfapyridine-papavérine chez le rat donne le tableau du choc anaphylactique ; il paraît être diminué par l'administration préalable d'alcool ou par des ingestions de sulfamides à doses croissantes. Glaubach considère que le sulfamide potentialise la toxicité de la papavérine, vasodilatateur puissant. Durel pense qu'il y a des arguments qui font supposer que le sulfamide est un toxique du système nerveux central, toxicité habituellement latente, mais révélée par la papavérine, dépresseur de ce système : le choc S-O mérite une étude approfondie.

III. — L'influence des sulfamides sur la cicatrisation des plaies peut s'étudier par les cultures de tissus ; Verne, Ménégaux et Durel constatent que le p-am.-benz. sulf. n'inhibe pas la culture jusqu'à la concentration de 1/333 ; la sulfapyridine et le sulfathiazol n'ont pas d'influences défavorables, même à saturation (1/2200 et 1/1100). Lorsque les cultures sont ensemencées, il faut une large oxydation pour que les sulfamides exercent leur action bactériologique.

Questions cliniques d'actualité concernant les sulfamides. — M. J. Célice. — L'auteur expose de nouvelles méthodes d'emploi des sulfamides tant au point de vue prophylactique que curatif. Il insiste sur les injections de solutions concentrées de sulfathiazol et de sulfamidothiomée à proximité des foyers de suppuration et dans l'utérus infecté. Il rapporte les cas où cette technique, après échec d'autres traitements, a permis, sans opération mutilante de guérir des tétanos, des suppurations pleurales (postabortum en particulier), des septicémies puerpérales.

Il attire l'attention sur le danger des poudrages intempestifs avec les sulfamides non stérilisés dans les cavités closes. Il insiste sur la nécessité de ne faire des applications locales qu'en connaissant exactement la dose employée. L'auteur insiste sur la rareté des complications rénales qui ne sont pas toutes dues à l'action mécanique (cristallisation intra-rénale lors de l'élimination) ou à l'action toxique locale des sulfamides. Dans les observations relatées, les symptômes sont sous la dépendance d'une sensibilité ou d'une sensibilisation au produit, ils traduisent un ébranlement du système neurovégétatif et rappellent le « phénomène de Reilly » tel qu'il a pu être reproduit expérimentalement avec les sulfamides par Durel.

Abordant la question des sulfamidorésistances, M. Célice montre que, pour les pneumocoques, comme pour les gonocoques et les méningocoques, le pourcentage des sulfamidorésistances dépend beaucoup de l'importance des doses initiales. Néanmoins il faut faire la part des antisulfamides (acide paraamino benzoïque), des races de microbes, de l'accoutumance des microbes aux médicaments, et d'un facteur individuel propre aux malades.

Passant en revue les nouveaux corps sulfamidés, non commercialisés, il indique le mode d'emploi dans les infections intestinales, de la sulfaguanidine qui, peu résorbée dans le tractus digestif, permettant ainsi un pansement local à forte concentration, donne de bons résultats dans les diarrhées, coliques, dysenteries, colibacilloses, et reste sans action sur les infections typhoïdiques. Les dérivés succinylés de sulfathiazol et de la sulfathiomée sont également efficaces. Mais les derniers venus, dérivés méthylés de la sulfadiazine, paraissent être d'une activité au moins comparable, sinon supérieur à celle de leurs anciens.

SOCIETE DE MEDECINE DE PARIS

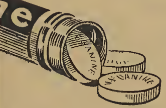
Séance du 23 octobre 1943

Les bienfaits de la lithotritie moderne. — M. Georges Luys montre la haute valeur de la lithotritie pour le traitement des calculs vésicaux de volume moyen. Toujours anodine quand elle est correctement pratiquée par un opérateur attentif, patient et connaissant bien la technique délicate de cette intervention, la lithotritie ne demande qu'une hospitalisation de 48 heures.

Elle s'oppose à la taille hypogastrique qui oblige le séjour en maison de santé pendant au moins trois semaines et présente des dangers incontestables. Pratiquer une taille hypogastrique pour enlever un petit calcul vésical est un véritable défi au bon sens.

L'auteur rapporte l'intéressante observation d'un homme de 75 ans, très actif qui, lithotritié par le Dr Escande (de Béziers) put, 48 heures après l'opération, reprendre complètement sa vie active et ses occupations. Le calcul n'avait pu être repéré par la radiographie qui avait été négative, en raison de sa composition chimique car il n'était constitué uniquement que par des cristaux d'acide urique purs non décelables par les rayons X.

La lithotritie pratiquée après repérage au cystoscope à prisme donna un résultat parfait et définitif sans anesthésie générale et avec une simple anesthésie locale.



INFORMATIONS

(*Suite de la page 338*)

Santé publique

Conseil supérieur d'Hygiène publique de France. — Par arrêté en date du 20 octobre 1943, M. le Professeur Gastinel, de la Faculté de Médecine de Paris, a été nommé membre du Conseil supérieur d'Hygiène publique de France, section d'épidémiologie.

Inspection de la santé. — Par arrêté en date du 1er septembre 1943 :

M. le Dr Leblanc, médecin inspecteur de la santé de la Savoie, est nommé, en la même qualité, dans le département du Gard.

Par arrêté du 15 septembre 1943, M. le Dr Marton a été chargé, à titre temporaire, au maximum pour la durée des hostilités, des fonctions de médecin inspecteur adjoint intérimaire de la santé de la Manche.

Par arrêtés en date du 13 octobre 1943 :

M. le Dr Eckert, nommé médecin inspecteur de la Santé de la Savoie et non installé, a été affecté, en la même qualité, dans le département de la Nièvre.

M. le Dr Forestier a été réintégré dans les cadres de l'inspection de la santé et affecté, en qualité de médecin inspecteur de la santé, dans le département de l'Aisne.

M. le Dr Salauze, médecin inspecteur de la santé du Doubs, a été affecté, en la même qualité, dans le département de l'Hérault.

M. le Dr Pélissier, médecin inspecteur adjoint de la Santé en disponibilité, a été réintégré dans les cadres de l'inspection de la santé et affecté au département des Hautes-Alpes.

Par arrêté du 15 octobre 1943 :

M. le Dr Gautier a été chargé, à titre temporaire, au maximum pour la durée des hostilités, des fonctions de médecin inspecteur adjoint intérimaire de la santé de l'Hérault.

M. le Dr Queyssac a été chargé, à titre temporaire, au maximum pour la durée des hostilités, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la santé de la Lozère.

Par arrêté du 21 octobre 1943, M. le Dr Pourrat (Alphonse) est nommé médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé du département du Puy-de-Dôme.

Hôpitaux psychiatriques. — Par arrêté en date du 1er octobre 1943, M. Babillot (Emile), préfet en service détaché, directeur administratif du centre d'hygiène mentale de Marseille, a été nommé directeur administratif de l'Hôpital psychiatrique de Moulins (Allier).

Par arrêté du 9 octobre 1943, M. le Dr Jabouille, médecin directeur de l'Hôpital psychiatrique de Moulins, est nommé médecin chef à l'Hôpital psychiatrique de Sainte-Gemmes-sur-Loire.

Par arrêtés du 15 octobre 1943 :

M. le Dr Pierre Royer, médecin chef à l'Hôpital psychiatrique de Privas, est affecté, en la même qualité, à l'Hôpital psychiatrique de Maréville.

M. le Dr Jean-Baptiste Royer, médecin chef à l'Hôpital psychiatrique de Lesvellec, est nommé, à titre provisoire, en la même qualité, à l'Hôpital psychiatrique de Moulins.

Par arrêtés du 22 octobre 1943 :

M. le Dr Sivadon, médecin directeur à l'Hôpital psychiatrique d'Ainay-le-Château (Allier), reçu au concours des médecins des Hôpitaux psychiatriques de la Seine du 21 juin 1943, est mis à la disposition du préfet de la Seine et nommé médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Ville-Evrard.

M. le Dr Leconte, médecin chef de service à l'Hôpital psychiatrique de Moulins, non installé, est nommé médecin directeur à l'Hôpital psychiatrique d'Ainay-le-Château (Alllier).

M. le Dr Schutzenberger, médecin directeur à l'Hôpital psychiatrique de Blois, est nommé médecin chef de service à l'Hôpital psychiatrique de Moulins.

Sanatoriums publics. — Par arrêté du 14 octobre 1943, M. le Dr Rauzier, médecin directeur du Sanatorium Fenaille, à Séverac-le-Château (Aveyron), a été nommé, en la même qualité, au Sanatorium François-Mercier, à Tronget (Allier).

Par arrêté du 12 octobre 1943, M. le Dr Chognon, médecin directeur du Sanatorium François-Mercier, à Tronget (Allier), a été détaché en qualité de médecin des dispensaires antituberculeux du département de l'Allier.

Dispensaires antituberculeux. — Une loi, n° 483, du 24 septembre 1943, reporte au 1er janvier 1944, la date de mise en application de l'article 16 de la loi du 1er février 1943 sur la réorganisation des dispensaires antituberculeux.

Admission des malades payants dans les hôpitaux et hospices. — Par arrêté du 3 septembre 1943, peuvent être admis dans les hôpitaux en qualité de malades payants de troisième catégorie, les malades non bénéficiaires des lois d'assistance et de prévoyance sociale dont les ressources annuelles ne sont pas supérieures à 25.000 fr. majorés de 5.000 fr. par personne à charge.

Peuvent être admis dans les hospices en qualité de pensionnaires payants de troisième catégorie les vieillards, infirmes et incurables ayant des ressources inférieures à 15.000 fr. ; en qualité de pensionnaires payants de seconde catégorie les vieillards, infirmes et incurables ayant des ressources inférieures à 20.000 fr. ; en qualité de pensionnaires payants de première catégorie, les vieillards, infirmes et incurables ayant des ressources inférieures à 25.000 fr.

Le Comité national de l'insuline communique ce qui suit : Il est rappelé à MM. les Médecins et Pharmaciens que les stocks d'insuline d'urgence sont exclusivement réservés au traitement des malades atteints de coma diabétique. On ne devra en aucun cas y recourir pour une préparation opératoire, ni pour une simple poussée d'acidose, ni pour toute autre complication du diabète.

Le pharmacien détenteur du stock ne devra délivrer l'insuline que sur présentation d'une ordonnance signée par le médecin comportant la mention « coma diabétique ».

Centre d'études de la Fondation d'Heucqueville, 85, boulevard Montmorency (16e). — Le Dr G. d'Heucqueville a repris ses consultations du jeudi (sur rendez-vous) : maladies héréditaires, examen prénuptial, enfants anormaux.

Ecole des Hautes Etudes Sociales

La section des études médico-sociales a un enseignement réparti sur deux années. La première année se termine par la délivrance d'un certificat ; la deuxième par la délivrance d'un diplôme.

Pour tous renseignements s'adresser au Dr Claoué à l'Ecole des Hautes Etudes sociales, 58, rue Notre-Dame-des-Champs, Paris (6e).

Concours

Il est ouvert, à la Faculté de Médecine de Paris, un concours pour le recrutement du directeur du Laboratoire départemental d'Alençon (Orne). Ce concours aura lieu au cours du mois de décembre.

Peuvent y prendre part les médecins français des deux sexes nés de père français, non visés par la loi du 2 juin 1941, portant statut des juifs, âgés de 28 ans au moins et de 45 ans au plus à la date du concours.

Secrétariat d'Etat à la défense. — Concours pour l'admission à l'emploi de pharmacien de deuxième classe du corps civil de santé.

Un concours sera ouvert, le mardi 30 novembre 1943, à l'hôpital Desgenettes, à Lyon, pour l'admission à l'emploi de pharmacien de deuxième classe du corps civil de santé.

Le nombre des places mises au concours est fixé en principe à trois.

Les demandes d'admission doivent être adressées avant le 31 octobre 1943 au secrétariat d'Etat à la défense (direction du service de santé), à Royat (Puy-de-Dôme), qui fera parvenir, sur demandes des candidats, les renseignements concernant les conditions à remplir, la liste des pièces à fournir et le programme des épreuves.

Ces renseignements peuvent être également demandés à l'échelon de la direction du service de santé du secrétariat d'Etat à la défense, 16, rue Saint-Dominique, à Paris, ainsi qu'aux directeurs régionaux du service de santé.

Ministère de l'agriculture et du ravitaillement. (Ecoles vétérinaires d'Alfort et de Toulouse). — Un concours sur titres sera ouvert le 28 janvier 1943, à dix heures, à l'école nationale vétérinaire d'Alfort pour la nomination de deux professeurs agrégés chargés du sixième enseignement (parasitologie), l'un à l'école nationale vétérinaire d'Alfort, l'autre à l'école nationale vétérinaire de Toulouse.

En ce qui concerne leur affectation, les candidats déclarés aptes à l'emploi exerceront leur choix d'après l'ordre de leur classement.

Société de Pathologie comparée. — Prix à décerner en 1944. — La Société de Pathologie comparée disposera, en 1944, de plusieurs prix :

Premier prix Charles Grollet. — De 1.500 fr. Sera décerné chaque année à l'auteur qui déposera sur le bureau de la Société un mémoire sur un sujet à son choix se rapportant à la pathologie comparée des affections communes à l'homme et aux animaux ou aux végétaux. Le prix n'est pas divisible.

Deuxième prix Charles Grollet. — De 800 francs. Sera décerné chaque année à l'auteur de la meilleure communication ou du rapport le plus captivant fait à la Société de Pathologie comparée au cours de l'année. Le prix n'est pas divisible.

Prix du Dr vétérinaire Pierre Antoine Fayet. — De 2.000 francs. Pouvant être divisible, l'un de 1.250 francs, l'autre de 750 francs. Les sujets à présenter au concours devront être du domaine exclusif de la pathologie comparée.

Pour ces différents prix, les mémoires devront être déposés sur le bureau de la Société avant le 1er octobre 1944.

Cours

Chaire d'hydrologie thérapeutique et de climatologie. — Professeur : M. Chiray ; agrégé : L. Justin-Besançon. — Année 1943-1944 (Semestre d'hiver) : 1° Enseignement théorique élémentaire par le Professeur et l'agrégé au Petit Amphithéâtre de la Faculté, à partir du lundi

15 novembre, à 18 heures, puis les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure. Les leçons du lundi et du mercredi seront consacrées à l'hydrologie thérapeutique et celles du vendredi à la climatologie.

2° Démonstrations pratiques d'hydrologie clinique, par le Professeur agrégé L. Justin-Besançon, le jeudi, à 11 heures, dans le service de la clinique médicale propédeutique de l'Hôpital Broussais.

Enseignement de la radiologie et de l'électrologie médicales organisé avec la collaboration des médecins électroradiologistes des Hôpitaux de Paris. — Un enseignement de la radiologie et de l'électrologie médicales est fait, à partir du 15 novembre 1943, à la Faculté de Médecine et à l'Institut du Radium sous la direction de MM. A. Strohl, professeur à la Faculté de Médecine, A. Lacassagne, professeur au Collège de France, Ledoux-Lebard, chargé de cours de radiologie clinique à la Faculté de Médecine, et J. Belot, électroradiologiste honoraire des hôpitaux.

Pour tous les renseignements complémentaires consulter les affiches.

Chaire de médecine légale. — Professeur : M. Duvoir. — Déontologie et morale professionnelle, droit médical et lois sociales, le jeudi de 18 à 19 heures à l'Amphithéâtre Vulpian.

Jeudi 18 novembre 1943. — M. Piédelièvre, professeur agrégé à la Faculté de Médecine : Le médecin, son rôle et ses devoirs.

Jeudi 25 novembre. — M. Hugueney, professeur à la Faculté de Droit : L'organisation de la profession médicale.

Jeudi 2 décembre. — M. Hugueney, professeur à la Faculté de Droit : L'exercice illégal de la médecine.

Jeudi 9 décembre. — M. Hugueney, professeur à la Faculté de Droit : La responsabilité médicale.

Jeudi 16 décembre. — M. Hugueney, professeur à la Faculté de Droit : Le secret médical.

Jeudi 23 décembre. — M. Hugueney, professeur à la Faculté de Droit : Les certificats, rapports et ordonnances médicaux, les honoraires ; la clientèle médicale.

Jeudi 6 janvier 1944. — M. Dérobert, chef du laboratoire de médecine légale : Les accidents du travail.

Jeudi 13 janvier. — M. Dérobert, chef du laboratoire de médecine légale : Les maladies professionnelles. Les pensions militaires.

Jeudi 20 janvier. — M. Desoille, professeur agrégé à la Faculté de Médecine : Le médecin dans l'administration ; médecin d'assurances, médecins d'usines, etc...

Jeudi 27 janvier. — M. Gaultier (Michel), préparateur du cours de médecine légale : Les assurances sociales ; les lois d'assistance.

Jeudi 3 février. — M. Delay, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, médecin des hôpitaux : Les lois et règlements concernant les aliénés.

Jeudi 10 février. — M. Piédelièvre, professeur agrégé à la Faculté de Médecine : Le médecin et les fléaux sociaux. L'alcoolisme. L'avortement.

Jeudi 17 février. — M. Gougerot, professeur à la Faculté de Médecine, médecin de l'Hôpital Saint-Louis : Le médecin et les fléaux sociaux. Les maladies vénériennes ; la prostitution. Les maladies à déclaration obligatoire.

Jeudi 24 février. — M. Duvoir, professeur à la Faculté de Médecine, médecin de l'Hôpital Saint-Louis : Vue d'ensemble sur la morale professionnelle. Les ordres des médecins.

Cours de service social antivénérien pour les infirmières et les assistantes sociales et les personnes s'intéressant à la lutte contre les maladies vénériennes, 14e année, 28e session, novembre 1943 (14 leçons). Du 8 au 13 novembre 1943, à l'Institut Alfred-Fournier, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (14e), et à la Clinique Baudelocque.

Le nombre des admissions étant limité, les personnes désireuses de suivre ce cours sont priées de se faire inscrire à la Ligue Nationale Française contre le Péril Vénérien, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (14e), le plus tôt possible. Droit d'inscription : 50 francs.

DECRET N° 2807 DU 23 OCTOBRE 1943
relatif à l'enseignement préparatoire aux études médicales

Le décret du 13 août 1943, modifiant l'article 1er du décret du 16 mars 1943 relatif à l'institution d'un enseignement préparatoire aux études médicales en vue de supprimer cet enseignement dans les écoles de médecine, à l'exception de celle de Nantes, n'entrera en vigueur qu'à la date qui sera fixée ultérieurement par arrêté du ministre secrétaire d'Etat à l'éducation nationale.

Toutefois, les candidats ayant suivi cet enseignement dans une école, sauf celle de Nantes, subiront l'examen devant le jury de la faculté de médecine dont dépend cette école en ce qui concerne la présidence des jurys d'examen.

(*J. O.*, 26 octobre 1943.)

CHRONIQUE

L'orientation professionnelle

En choisissant une carrière, vers la dix-huitième année, le jeune homme prend une décision grave, pour lui-même et aussi pour sa future descendance. Un peu plus tard, le choix d'une femme sera non moins important. Dans ces deux décisions, le hasard entre souvent pour une large part. Si le hasard fait bien les choses, c'est parfait ; sinon, le jeune homme pourra devenir un raté, heureux en ménage, ou un homme brillamment arrivé mais ayant gâché sa vie par un sot mariage. De toutes façons une orientation très générale s'impose à la base.

Vaste sujet, puisque le Dr Claparède a pu écrire tout un livre sur les aptitudes des écoliers et leur diagnostic, ce qui n'est qu'un côté de la question : Je me bornerai ici à quelques considérations générales, en les limitant même à l'orientation pour le choix d'une carrière, des jeunes gens élèves de première (l'ancienne rhétorique) dans un lycée ou collège. C'est le moment pour eux de décider s'ils entreront en philo ou en math élémentaire pour devenir bacheliers.

Le proviseur du lycée (ou le directeur du collège) est supposé s'intéresser à l'avenir de ses élèves. Mais, attention, sera-t-il bon orienteur ? Vers la fin du siècle dernier, un supérieur de collège avait une doctrine très simple : le premier de la classe préparera Polytechnique ; les suivants seront saint-cyriens s'ils sont nobles ; avocats, s'ils appartiennent à la bourgeoisie riche ; venaient ensuite ceux qui avaient le choix entre le notariat et la médecine ; des derniers de la classe il ne s'occupait pas et plusieurs cependant sont devenus des hommes remarquables — les derniers seront les premiers. Notons que ce supérieur était un latiniste très distingué, un administrateur de premier ordre. Mais il n'avait évidemment jamais beaucoup réfléchi à l'orientation professionnelle.

Et il faut y réfléchir, examiner minutieusement toutes les données du problème. D'abord, l'hérédité tant du côté paternel que du côté maternel. Sous l'ancien régime, on était, de père en fils, soldat, magistrat, artisan, laboureur, avec quelques exceptions naturellement (Colbert, Boileau, Bougainville...) ; ce système avait du bon. Un père ne transmet-il pas souvent à son fils, avec la forme du nez ou du menton, sa manière de penser et de raisonner, ses goûts et ses ardeurs ? Souvent, mais pas toujours ; le chaste Louis XIII n'a-t-il pas engendré, sans enthousiasme, le voluptueux Louis XIV. Donc, tenir compte de l'hérédité, sans forcer cependant le fils à suivre la voie tracée par son père. Le fils pourrait en souffrir toute sa vie, s'il ne réussit pas à s'évader de sa première profession (cas du Commandant Charcot).

Puis l'orienteur examinera la situation sociale du jeune homme devant être conseillé. C'était très important pour la carrière diplomatique, la IIIe République, elle-même, ne pouvant, du moins avant 1914, nommer secrétaires d'ambassade auprès d'une cour que des jeunes gens ayant une grande habitude du monde et même de hautes alliances.

Mais hors ce cas particulier, on devra surtout examiner les aptitudes physiques et intellectuelles. Apte ou inapte, toute la question est là, pour le plus grand nombre des cas. Aptitude physique : le myope ne sera pas officier de marine ; le bègue ne désirera pas la renommée tapageuse de l'avocat d'assises ; le sanguin, ardent aux sports, prendra une profession dans laquelle on mène une vie active et pénible, par exemple, médecin de campagne, tandis qu'un jeune intellectuel, de santé délicate, pourra logiquement aspirer à l'Ecole des Chartes.

Aptitude intellectuelle : quelques hommes, tout particulièrement doués sont à la fois littéraires et scientifiques ; des ingénieurs sont devenus, au titre de romanciers, membres de l'Académie Française ; mais le plus habituellement, un écolier apparaît plus littéraire que sceintifique ou inversement et on le notera.

Ne pas oublier de s'informer des lectures préférées du jeune homme. Il serait d'ailleurs bon de surveiller ces lectures dès le début de l'adolescence, de faire attention au choix des livres donnés comme prix de fin d'année. Jules Verne a certainement engendré spirituellement plus d'un explorateur, puis des aviateurs et des commandants de sous-marins. Certains romans de Pierre Loti ont suscité des vocations de marin.

Assez rares sont, je crois, les adolescents ayant une vocation certaine ; le plus souvent, le jeune homme ne peut se décider seul, n'ayant pas de goûts bien arrêtés. Il a donc besoin d'un orienteur qui sera, dans la plupart des cas, son père. Sans donner à celui-ci le pouvoir absolu comme dans la Rome antique, il convient de maintenir au père le premier rang parmi les conseillers des enfants. Mais le père devra prendre l'avis de la mère, des grands-parents, des professeurs, du directeur de conscience dans les familles catholiques ; le médecin fournira des renseignements précieux sur l'état physique et psychique du J3. Ainsi documenté, celui-ci réfléchira et prendra, après sérieux examen, une décision dont on peut espérer qu'il se félicitera plus tard.

M. Brelet.

LIVRES NOUVEAUX

La querelle de la découverte de la circulation, par M. A. Herpin, préface du Professeur Noël Fiessinger, un volume in-8° broché de 70 pages. Librairie J.-B. Baillière, Paris 1943.

Un retour sur le passé n'est pas seulement œuvre d'historien, il ouvre aux penseurs et aux philosophes un vaste champ de réflexions. Dans les temps tragiquement troublés que nous vivons, rien n'est plus attrayant et même apaisant que d'évoquer les débats ardents qui s'élèvent parfois à propos d'une découverte entre des savants entraînés par la passion de la recherche. Telle fut la querelle de la découverte de la circulation du sang à laquelle le Dr Herpin vient de consacrer une bien remarquable étude.

A distance, on peut s'étonner que des faits qui nous paraissent aujourd'hui évidents aient pu être l'objet de discussions aussi passionnées. En lisant l'ouvrage de M. Herpin, livre « riche d'enseignements », écrit Noël Fiessinger dans une élégante préface, on le comprend ; on apprécie mieux la grandeur de la découverte d'Harvey et on ne s'étonne plus que Descartes qui, lui aussi, « avait entrevu la circulation du sang » se soit employé, notamment dans le « Discours de la Méthode », à faire reconnaître le mérite d'Harvey.

Le livre de M. Herpin est formé d'articles publiés il y a quelques mois dans le « Journal des Praticiens ». Son ouvrage, œuvre de haute érudition, est très nourri et remarquablement documenté ; il est, cependant, de lecture agréable et facile. Il sera très apprécié par tous ceux qui veulent connaître les grandes pages de l'histoire de la médecine ou par ceux qui éprouvent le besoin de rafraîchir leur mémoire.

F. L. S.

Sur les vieux chemins des fontaines de Jouvence. Trente années d'hydrologie clinique, thérapeutique, médicale, historique et sociale, par le Dr Raymond Molinéry. Expansion scientifique française, un vol. in-8° raisin, 108 pages, 15 clichés illustrant le texte, 50 fr.

Il est bien difficile d'analyser le premier des trois volumes que l'auteur consacre à ces trente années de labeur de recherches et de luttes dans le domaine hydrologique et social.

Ce travail, que le Professeur Chiray a bien voulu élégamment préfacer, est plus spécialement consacré à l'œuvre que le Dr Molinéry a réalisée à Luchon, comme directeur technique à son départ de Barèges où il vécut dix années fécondes à l'Hôpital Militaire, notamment au cours de la Grande Guerre. Le texte est abondamment illustré de clichés choisis, dont la plupart ont été mis aimablement à la disposition de l'auteur par la Maison Masson.

Vingt rapports remis au Conseil Municipal de Luchon permettront aux curieux de l'histoire de leur Cité de suivre pas à pas l'œuvre du directeur technique : réceptions des V. E. M. (Voyages des Eaux Minérales), causeries du jeudi et du samedi « faits divers », création du Pavillon Moureu, création du radio-vaporium sulfuré, création des camps thermaux dont le Dr Molinéry est le fondateur en France, organisation du thermalisme social, rapport sur de nombreux voyages et congrès dans le monde entier...

Le Dr Molinéry n'oublie pas qu'il est secrétaire à Paris de la Société Française d'Histoire de la Médecine. Aussi émaille-t-il son récit de mille détails qui égaient son sujet. C'est ainsi que le lecteur curieux des choses du passé lira une lettre du bourreau Samson sur les derniers moments de Louis XVI puisée dans les curieuses archives des Barrié.

Un jugement de Brissaud sur le grand Bordeu, le Maître du Dr Molinéry ; un aperçu passionnant du cours de Béni-Barde, le savant hydrothérapeute de la seconde moitié du XIXe siècle terminent le tome I.

Nous connaissons la table des matières des deuxième et troisième volumes : Mme de Maintenon et Mgr le Duc du Maine à Barèges, la Princesse des Ursins à Bagnères-de-Bigorre, le Prince Impérial à Luchon et plus tard Clemenceau et le Maréchal Foch ; le Shah de Perse à Contrexéville, les sept générations des Barrié ; Rohan, de la Bastille à Barèges ; le thermalisme social en Italie, Pasteur et la génération spontanée à Luchon, etc... Bref tout un programme qui nous réserve pour l'avenir des pages bien intéressantes. Pierre de Reveilhe.

Les ultravirus des maladies animales, par C. Levaditi, P. Lépine et J. Vergé. Un volume de 1.226 pages sur papier couché, 202 fig., format 25 x 16 cm., 790 fr. Maloine, éditeur.

L'ouvrage sur « les ultravirus des maladies animales » fait suite aux « ultravirus des maladies humaines, paru en 1938. Œuvre éminemment pasteurienne, le présent volume est publié sous la direction de C. Levaditi, P. Lépine et J. Vergé et rédigé par un grand nombre de collaborateurs choisis en raison de leurs parfaites connaissances des sujets traités. Ce volume comporte 1.226 pages et 202 figures insérées dans le texte.

La publication des « ultravirus des maladies animales » a semblé indispensable. En effet, depuis la parution du premier volume, des événements importants se sont fait jour, ayant imprimé des modifications essentielles aux conclusions formulées à l'époque, se rapportant au comportement, à la nature et à la genèse des ultravirus. Ces événements sont, entre autres, la purification par des moyens chimiques et physiques de ces ultravirus, purification allant jusqu'à la cristallisation de certains d'entre eux, leur constitution macromoléculaire et nucléoprotéidique, l'application de la photographie électronique à leur analyse statique. C'est à la lumière de ces événements que, dans un premier article, C. Levaditi expose l'état actuel du problème et formule des conclusions qui, toutes provisoires qu'elles puissent paraître, permettent une interprétation raisonnable des faits observés. De nouvelles techniques chimiques et physiques sont chaque jour appliquées à l'isolement des ultravirus et à l'évaluation de leurs dimensions. P. Grabar, avec une incontestable autorité, entreprend l'exposé détaillé de ces diverses techniques et en interprète les résultats. Les radiations (rayons X, rayonnement du radon, électrons) sont utilisés pour déterminer la taille des ultravirus et en fournir l'image électronique. P. Bonét-Maury s'est chargé de la rédaction de cette partie de l'ouvrage. Enfin, l'immunité dans les maladies à virus fait l'objet d'un examen approfondi dont P. Lépine est l'auteur.

Dans la seconde partie du volume, de caractère plus pratique, des chercheurs de tout premier ordre étudient, suivant un classement logique, toutes les maladies animales provoquées par les ultravirus. Citer leurs noms c'est se persuader de la qualité des rédactions : Bailly, Balozet, Blanc, Boquet, Bridre, Curasson, Donatien, Dujardin-Beaumetz, Findlay, Goret, Guérin, Guillot, Jacotot, Lafforet, Lestoquard, J. Levaditi, Oberling, Paillot, Staub, Urbain, Velu, Verge, Vieuchange. Il s'agit de mises au point de nos connaissances les plus récentes pouvant être utilisées par ceux qui désirent entreprendre des recherches dans le domaine des maladies animales provoquées par des ultravirus.

En sorte qu'à l'heure actuelle toute la « virologie » française et étrangère se trouve condensée dans ces deux volumes, parus à cinq ans d'intervalle et qui, se complétant l'un l'autre, permettent d'envisager, dans leur ensemble, les si intéressants problèmes posés et, en grande partie, résolus, par cette nouvelle science.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.
Imp. Tancrède, Paris - 31.1080 (Autorisation n° 83)

N° 23. — 1er DECEMBRE 1943 116e ANNEE Ce numéro : 2 francs.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT. — Un an : France et Colonies, 75 fr. Etudiants 40 fr.; Etranger : 1re zone, 110 fr., 2e zone, 125 fr. Chèques postaux : Paris 2538-76

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

POUR NOS ABONNÉS DE LA ZONE NON OCCUPÉE, adresser renouvellements et toutes communications aux Messageries Hachette, 12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône) Chèques postaux : Lyon 218 (Service Gazette des Hôpitaux)

SOMMAIRE

Bi-hebdomadaire paraissant provisoirement deux fois par mois

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris

Concours des Prix de l'Internat (Médaille d'Or). — Jury. — MÉDECINE : MM. les Drs Courcoux, Dérot, Mollaret, Poumeau-Delille, Tinel. CHIRURGIE : MM. les Drs Cauchoix, Leveuf, Brocq, Monbrun, Varangot.

Deuxième concours d'électro-radiologiste des Hôpitaux, pour une place (Année 1943). — Jury. — MM. les Drs : Joly, Detré, Busy (Jacques), Thoyer-Rozat, Aimé, Lepennetier, Gibert, Turpin, Maurer.

Concours d'assistant de stomatologie des Hôpitaux, pour deux places. — Liste du jury. — MM. les Drs : L'Hirondel, Fleury, Lemerle, Mme Papillon-Léage, Gérard Maurel, Dechaume, Gornouec, Abrami, de Gaudard d'Allaines.

Concours spécial d'assistant d'électro-radiologie (nouveau régime). — Ce concours spécial est exclusivement réservé aux assistants d'électro-radiologie (ancien régime). — Il sera ouvert le mardi 14 décembre 1943, à 9 heures, à l'Administration centrale, salle du Conseil de surveillance, 3, avenue Victoria, deuxième étage.

Les inscriptions pour ce concours spécial seront reçues à partir du jeudi 18 novembre 1943 jusqu'au lundi 29 novembre 1943 inclusivement.

Les candidats absents de Paris ou empêchés pourront demander leur inscription par lettre recommandée.

Concours d'opthalmologiste des hôpitaux. — M. Desvignes a été nommé.

Hôpitaux de Province

Bordeaux. — PRIX DE L'INTERNAT. — La médaille d'or (chirurgie) a été décernée à M. René Tingaud, interne des hôpitaux.

Facultés de Médecine

Nomination des professeurs des Facultés de Médecine. — Par arrêté en date du 5 novembre 1943, l'article premier de l'arrêté du 31 janvier 1942 est modifié ainsi qu'il suit :

« Les professeurs titulaires des Facultés de Médecine et des Facultés mixtes de Médecine et de Pharmacie (section médecine) sont répartis, pour l'application de l'article 5 de la loi du 15 juillet 1941, en seize groupes ci-après définis :

« 1° Chirurgie générale, neuro-chirurgie ;
« 2° Oto-rhino-laryngologie, chirurgie maxillo-faciale, odonto-stomatologie ;
« 3° Obstétrique et gynécologie ;
« 4° Urologie ;
« 5° Ophtalmologie ;
« 6° Médecine générale, pathologie interne, endocrinologie, thérapeutique, hydrologie, maladies infectieuses, cardiologie, histoire de la médecine ;
« 7° Neurologie, psychiatrie ;
« 8° Pédiatrie ;
« 9° Dermato-vénéréologie ;
« 10° Histologie et anatomie, embryologie, génétique et anatomie pathologique ;
« 11° Physiologie et médecine expérimentale ;
« 12° Physique médicale et radiologie ;
« 13° Chimie médicale ;
« 14° Bactériologie, hygiène et médecine sociale ;
« 15° Parasitologie et maladies exotiques ;
« 16° Médecine légale et médecine du travail. »

Faculté de Médecine de Paris

Le titre de professeur honoraire est conféré à MM. Couvelaire et Tanon.

Session spéciale d'examens. — Cette session aura lieu du 13 au 23 décembre prochain. Elle est strictement réservée aux étudiants qui, étant sous coup d'échec aux sessions de juin et octobre 1943, remplissent les conditions exigées par le décret du 28 août 1942, pour bénéficier des sessions spéciales.

Les candidats devront se faire inscrire au bureau du Secrétaire-adjoint les lundis et mercredis de 16 à 17 heures, jusqu'au 3 décembre, munis de leurs pièces justificatives prouvant qu'ils remplissent les conditions requises.

En aucun cas, même pour force majeure, les étudiants non bénéficiaires du décret précité ne pourront être mis en série.

Facultés de Médecine de Province

Bordeaux. — Le titre de professeur honoraire est conféré à MM. Rocher, Lande et Duvergey, anciens professeurs admis à la retraite.

M. de Grailly, agrégé, est nommé à titre provisoire professeur d'anatomie pathologique et microscopie clinique en remplacement de M. Damade, transféré.

Lille. — M. Verhaeghe, agrégé, est nommé chef des travaux d'anatomie pathologique.

Lyon. — Le titre de professeur honoraire est conféré à MM. Arloing, Favre, Morel et Patel, professeurs admis à la retraite.

M. Jourdan, agrégé, est provisoirement chargé d'enseignement de la chaire de physiologie.

M. Creyssel, agrégé, est chargé du service de la chaire de clinique chirurgicale (M. Patel, retraité).

M. Josserand, agrégé, est chargé du service de la chaire de bactériologie (M. Arloing, retraité).

M. Chambon, professeur sans chaire est chargé du service de la chaire de chimie organique et toxicologie (M. Morel, retraité).

Nancy. — M. Kissel, agrégé, est nommé provisoirement professeur de thérapeutique.

Ecoles de Médecine

Amiens. — M. Girard, professeur titulaire de pathologie interne est transféré dans la chaire de clinique médicale.

Dijon. — Le titre de professeur honoraire est conféré à M. Petitjean, professeur admis à la retraite.

Grenoble. — M. Doulat, docteur ès sciences, est institué professeur suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

Poitiers. — Mme le Dr Forget, chargée d'enseignement de la chaire de clinique obstétricale, est nommée professeur titulaire de ladite chaire (remplacement de M. Lamonche, retraité).

Légion d'honneur

CHEVALIER. — M. le Dr Le Pipe (René-Albert-Joseph), chirurgien chef de l'Hôpital de Lorient, 45 ans de services civils et militaires. Chirurgien de l'Hôpital de Lorient depuis trente ans, a toujours témoigné de la plus haute valeur morale. Lors des bombardements de cette ville, a fait preuve de beaucoup de courage et de sang-froid dans l'accomplissement de son devoir, opérant dans des conditions extrêmement périlleuses en raison du manque absolu de sécurité des salles d'opération. N'a quitté son poste qu'après la destruction complète de celles-ci.

M. le Dr Rousselin (Louis-Lazare-Joseph), chirurgien de l'Hôtel-Dieu du Creusot ; 21 ans de services civils et militaires. Praticien d'un courage et d'un sang-froid remarquables. Lors du bombardement de l'Hôtel-Dieu du Creusot, s'est dépensé sans compter, au mépris total du danger, pour porter, partout où sa présence était nécessaire, le secours de ses soins éclairés et de ses encouragements. S'est acquitté, avec des moyens de fortune, de sa tâche écrasante avec une conscience rare et un dévouement sans égal. Titres exceptionnels.

Santé publique

Le Secrétariat d'Etat à la Santé communique : A la suite d'une erreur, il a été récemment annoncé que le Secrétaire d'Etat à la Santé aurait été saisi d'un projet de loi organisant la retraite des médecins. Cette information est inexacte, le seul projet établi ayant été remis par le Dr Grasset lui-même au Conseil de l'Ordre des Médecins le jour de son installation ; le Conseil de l'Ordre en délibère à l'heure actuelle.

Conseil permanent d'Hygiène sociale. — Par arrêté en date du 28 octobre 1943 sont nommés membres du Conseil permanent d'Hygiène sociale (commission de la tuberculose) :

MM. les Drs Bariéty et Pruvost, médecins des Hôpitaux de Paris ;

M. le Dr Michel, médecin de sanatorium public.

Comité des inspecteurs généraux de la Santé et de l'Assistance. — M. le Dr Boidé, inspecteur général de la Santé et de l'Assistance, a été délégué en qualité de président du Comité des inspecteurs généraux de la Santé et de l'Assistance.

Sanatoriums publics. — M. le Dr Rousselin a été nommé médecin adjoint au Sanatorium de Dreux (Eure-et-Loir).

Inspection de la Santé. — Mlle le Dr Lacroix, médecin inspecteur adjoint de la Santé de la Vendée, a été affectée, en la même qualité, dans le département des Côtes-du-Nord.

— M. le Dr Benedetti a été nommé médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé du Var.

— Mme le Dr Berchon, médecin inspecteur adjoint de la Santé du Loiret, est mise en disponibilité, à compter du 1er novembre 1943.

Conseils régionaux de l'Ordre des Médecins. — Par arrêté en date du 30 octobre 1943, la composition des Conseils régionaux de l'Ordre des Médecins est modifié ainsi qu'il suit : (Voir *Gaz. Hôp.*, 1er septembre, p. 258).

Région de Poitiers

Membre : M. le Dr Dubois (Charente-Maritime), en remplacement de M. le Dr Béraud.

Région de Marseille

Membre : M. le Dr Camous (Alpes-Maritimes), en remplacement de M. le Dr Boulouneix.

Composition de Conseils régionaux de l'Ordre des Médecins pour les affaires concernant les chirurgiens dentistes :

Région de Dijon

M. le Dr Dropet, stomatologiste, 20, rue de la Citadelle, à Chalon-sur-Saône.

M. Arnal, chirurgien dentiste, 92, rue des Godrans, à Dijon.

M. Deletang, chirurgien dentiste, à Migennes-sur-Yonne.

M. Hoeffliger (Louis), chirurgien dentiste, 2, rue Morand, à Besançon.

Région de Rennes

M. le Dr Schmitt, stomatologiste, 2, rue Nationale, à Hennebont.

M. Clorennec, chirurgien dentiste, 2, rue du Parc, à Quimper.

M. Duprez, chirurgien dentiste, 4, rue Saint-Gilles, à Saint-Brieuc.

M. Louvet, chirugien dentiste, 1, rue de la Paroisse, à Saint-Malo.

Région de Clermont-Ferrand

M. le Dr Vigier, stomatologiste, boulevard Desaix, 20, à Clermont-Ferrand.

M. Deleage (Alfred), chirurgien dentiste, à Yssingeaux.

M. Verger, chirurgien dentiste, 51, boulevard de Courtrais, à Montluçon.

M. Tricot, chirurgien dentiste, route de Tulle, à Aurillac.

Région de Marseille

M. le Dr Greiner, stomatologiste, place Sadi-Carnot, 2, à Marseille.

M. Peuch-Lestrade, chirurgien dentiste, rue de la Préfecture, 2, à Nice.

M. Faragi, chirurgien dentiste, avenue du Maréchal-Foch, 8, à Toulon.

M. Martin (Alphonse), chirurgien dentiste, rue Notre-Dame, 16, à Nîmes.

Région de Rouen

M. le Dr Bazin, stomatologiste, 12, rue de Barre, à Dieppe.

M. Adeline (Jean), chirurgien dentiste, boulevard des Alliés, 98, à Caen.

M. Pallard (Louis), chirurgien dentiste, 8, avenue d'Evreux, à Vernon.

M. Percevault, chirurgien dentiste, rue Albert-Mahieu, à Cherbourg.

Région de Toulouse

M. le Dr Nux, stomatologiste, 21, rue Lafayette, à Toulouse.

M. Debat, chirurgien dentiste, 18, rue Lafayette, à Toulouse.

M. Laborde, chirurgien dentiste, à Moissac.

M. Plagès (Louis), chirurgien dentiste, 91, boulevard Gambetta à Cahors.

Collèges départementaux des praticiens de la profession dentaire. — Par arrêté en date du 15 novembre 1943, le dépouillement du scrutin pour la désignation des membres des Conseils des Collèges départementaux des praticiens de la profession dentaire est reculé au jeudi 9 décembre 1943 en ce qui concerne les régions de Lille, Toulouse, Montpellier, Marseille, Lyon, Rouen et Grenoble.

Composition de la Section des sages-femmes du Conseil national de l'Ordre des Médecins. — M. le Professeur Couvelaire, membre de l'Académie de Médecine.

M. le Professeur Fruhinsholz, professeur à la Faculté de Médecine de Nancy.

M. le Professeur Marc Rivière, professeur à la Faculté de Médecine de Bordeaux.

M. le Professeur agrégé Le Lorier, gynécologue accoucheur des Hôpitaux de Paris.

Mme Peclet, sage-femme à Lyon.

Mme Valby-Renier, sage-femme à Paris.

Mme Bertin-Le Quien, sage-femme à Paris.

Mme Pelican, sage-femme à Bourg.

Mlle Félix, sage-femme au Mans.

Académie de Médecine. — CONCOURS VULFRANC-GERDY. — Tous les deux ans, l'Académie de Médecine organise un concours auquel sont admis les internes des hôpitaux. Le candidat reçu est chargé, pendant quatre années consécutives d'une mission dans une ville d'eaux. Une indemnité de 3.000 francs lui est attribuée, à laquelle s'ajoute, s'il y a lieu, une somme de 500 francs, destinée à récompenser le rapport qu'il doit fournir tous les ans sur les eaux de la station qu'il a visitée. Tout candidat ayant accompli au moins trois années de stage est lauréat de l'Académie.

Le concours aura lieu, cette année, le mercredi 15 décembre prochain. Les candidats sont priés d'adresser, avant le 10 décembre, leur demande au Secrétariat de l'Académie de Médecine, 16, rue Bonaparte.

Le Professeur Pierre Nobécourt
(1871-1943)

Un nouveau deuil frappe notre journal. Après la disparition de notre bien cher ami Babonneix, le Professeur Nobécourt vient d'être enlevé subitement.

Il s'est éteint le 19 novembre dans sa propriété de Louveciennes. La mort l'a frappé à sa table de travail, pendant qu'il achevait un article. Ce laborieux qui cherchait dans le travail un dérivatif à la peine d'être séparé de son fils prisonnier, aurait-il pu avoir une plus belle fin ?

Dans quelques jours nous nous ferons un pieux devoir de rappeler les beaux travaux du très grand pédiatre et de l'homme de bien que fut Nobécourt.

Pour notre journal il a été un collaborateur précieux. Pour son directeur il était un ami cher entre tous car leur amitié remontait à leur première jeunesse. Aussi est-ce avec une infinie tristesse que nous adressons à Mme Nobécourt, à ses enfants, à son gendre, le Dr Renaudeaux, et à son beau-frère, le Professeur Villaret, l'expression profondément émue de notre affectueuse sympathie.

F. L. S.

ORDRE DES MEDECINS

Région de Paris

Le Comité de Coordination des Collèges départementaux de la Région de Paris (ancienne Commission Régionale), réuni le 7 novembre 1943, après avoir pris connaissance de « la doctrine dont le Conseil National entend s'inspirer pour mener son action » :

Remercie le Conseil National d'avoir demandé l'avis et les suggestions des Collèges départementaux sur cette doctrine,

Attire spécialement l'attention du Conseil National sur les points suivants :

1° Les menées actuelles contre les principes de la charte médicale doivent être écartées avec la plus grande fermeté ; si le conflit est inévitable il doit être accepté (les représentants des cinq Conseils départementaux présents à la séance ont voté cette partie du vœu à l'unanimité.

2° Dispensaires : Le projet qui consiste à augmenter leurs charges fiscales ne vaut pas une transformation de leur activité.

Tous les dispensaires de quelque nature qu'ils soient, même les dispensaires antituberculeux, ne doivent plus être des organismes de soins mais doivent s'orienter vers la recherche unique des diagnostics.

Le Comité de Coordination sait que le Ministère n'est pas hostile en principe à cette transformation.

3° Consultations externes des hôpitaux : Elles ne doivent être ouvertes qu'aux indigents ; les autres malades ne peuvent y être admis que sur la seule demande de leur médecin traitant.

4° Les Comités de Coordination, anciennes Commissions Régionales, doivent devenir des organismes officiels.

5° La loi du 10 septembre 1942 mérite d'être amendée dans le sens désiré par le Conseil National.

Cours

Institut de Criminologie. — Année scolaire 1943-1944. — Le Professeur Laignel-Lavastine a commencé son cours de psychiatrie médico-légale élémentaire à la Faculté de Droit, le vendredi 12 novembre 1943, à 11 heures, Amphithéâtre n° 3 et le continuera tous les vendredis à la même heure.

12 novembre 1943 : Expertise psychiatrique ; 19 novembre 1943 : Capacité pénale ; 26 novembre 1943 : Réactions antisociales des alcooliques ; 3 décembre 1943 : Réactions antisociales des toxicomanes ; 10 décembre 1943 : Réactions antisociales des délirants ; 17 décembre 1943 : Réactions antisociales des déments ; 7 janvier 1944 : Réactions antisociales des périodiques ; 14 janvier 1944 : Réactions antisociales des paranoïques ; 21 janvier 1944 : Réactions antisociales des déséquilibrés, des pervers instinctifs et des obsédés ; 28 janvier 1944 : L'homicide pathologique ; 4 février 1944 : Limites du vol morbide ; 11 février 1944 : Attentats aux mœurs ; 18 février 1944 : Criminalité juvénile, militaire et coloniale.

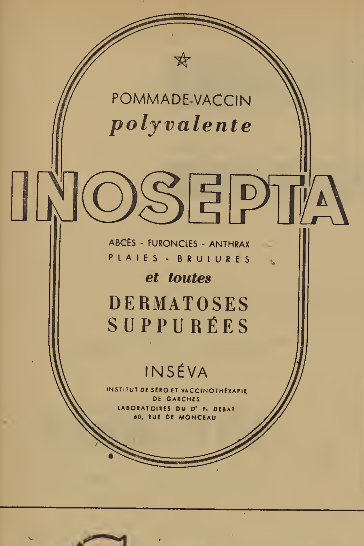
Amphithéâtre d'anatomie. — M. le Dr Braine, assisté du Dr Huguier, prosecteur, donnera les lundis et vendredis de 15 à 16 heures, à partir du 6 décembre 1943, une série de leçons ayant pour objet la médecine opératoire classique et la pratique des amputations sur le vivant.

Ces leçons sont gratuites et plus spécialement destinées aux internes des hôpitaux ; s'inscrire avant le 1er décembre, 17, rue du Fer-à-Moulin.

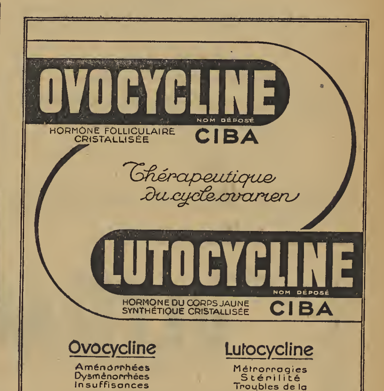
Naissance

Le Dr P. Lance et Mme, née J. Adam, sont heureux de faire part de la naissance de leur fils, Philippe (Paris, 16, rue de Phalsbourg, le 6 novembre 1943).




POMMADE-VACCIN
polyvalente
INOSEPTA
ABCÈS - FURONCLES - ANTHRAX
PLAIES - BRULURES
et toutes
DERMATOSES
SUPPURÉES
INSÉVA
INSTITUT DE SÉRO ET VACCINOTHÉRAPIE
DE GARCHES
LABORATOIRES DU Dr F. DEBAT
60, RUE DE MONCEAU


SILÉNAN
809 - SULFAMIDE CAMPHOSULFONIQUE
SOLUBLE - REMARQUABLEMENT TOLÉRÉ
Possède toutes les activités thérapeutiques du sulfamide, renforcées par la molécule camphre soluble qui lui confère une action tonique cardiaque, respiratoire et rénale.
ANTIBACTÉRIEN POLYVALENT.
Exalte au maximum la capacité de défense de l'organisme.
2 formes : comprimés et poudre.
Tableaux de Traitements sur demande
Lab. S. COUDERC
9 et 9 bis, rue Borromée, PARIS-XVe
En Z. N. O. :
2, place Croix-Paquet, LYON


OVOCYCLINE
NOM DÉPOSÉ
HORMONE FOLLICULAIRE CRISTALLISÉE
CIBA
Thérapeutique du cycle ovarien
LUTOCYCLINE
NOM DÉPOSÉ
HORMONE DU CORPS JAUNE SYNTHÉTIQUE CRISTALLISÉE
CIBA
Ovocycline
Aménorrhées
Dysménorrhées
Insuffisances ovariennes
Comprimés, Ampoules
Lutocycline
Métrorragies
Stérilité
Troubles de la grossesse
Comprimés, Ampoules
LABORATOIRES CIBA Dr P. DENOYEL
103 à 117, BOULEVARD DE LA PART-DIEU, LYON

REVUE GENERALE

La Pathologie du Travail et des Travailleurs dans la Corporation du Bâtiment et des Travaux Publics

LES FRACTURES DES PELLETEURS

(Maladie des Terrassiers)

Par R. Le Baron

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

Médecin hygiéniste du Travail

Nous étudierons, sous cette appellation, les fractures isolées des apophyses épineuses des vertèbres cervico-dorsales, par arrachement musculaire. Nous éliminons donc les fractures par choc direct (chute d'une poutre, chute de l'ouvrier avec la tête fléchie), qui ont une symptomatologie différente, en général dramatique, signes de shock, de commotion médullaire, traumatisme important et évident. Les fractures qui nous intéressent ici sont, au contraire, des accidents atténués, évoluant sous des signes d'emprunt et risquent surtout de passer inaperçues.

C'est Aterrier (1845), qui a décrit le premier la fracture isolée d'une apophyse épineuse par arrachement et c'est Bourgougnon, en 1875, qui, le premier, a signalé, chez les terrassiers, une douleur violente et subite dans la région de la nuque, accompagnée d'un craquement, au moment du lancer sur un chariot d'une pelletée de déblais. Mais l'étude systématique et pratique de ces fractures est de date relativement récente ; c'est surtout depuis 1933 qu'ont été signalés des cas nombreux surtout en Allemagne et en Australie. En France, l'affection n'est pas fréquemment observée (Mathieu, Lance). Cependant, ces faits méritent d'être mieux connus, car le diagnostic précoce est possible par la radiographie. Mais, avant tout, nous envisagerons cette affection au point de vue social et professionnel, dont nous estimons l'intérêt considérable, car de la connaissance d'un certain nombre d'éléments étiologiques, primordiaux dans les actuelles conditions de vie, découleront des *mesures de prévention* aussi importantes par leur intérêt théorique que par leur portée pratique (1).

Le terme de fractures des pelleteurs englobe deux sortes de lésions qu'on peut, en principe, distinguer avec Pierre Lance. D'une part, une fracture d'effort, par arrachement latéral, dû à un effort violent, incoordonné et asymétrique. D'autre part, une fracture sans traumatisme important, due aux modifications préalables de la structure osseuse ; il s'agirait seulement de petits arrachements musculaires, de véritables polymicrotraumatismes qui, à la longue, insensiblement, provoqueraient cette modification de structure aboutissant à une rupture. En réalité pratique, les deux modes sont souvent intriqués, le premier type peut se produire sur un os déjà altéré et ces fractures se rencontrent toujours chez les ouvriers occupés à de gros travaux, obligés à des efforts sinon très violents, du moins toujours importants et continuels. Et, dans tous les cas se pose le problème médico-légal qui, en principe, devrait être réservé au second groupe de faits, la fracture devenant non plus un accident du travail mais réellement une maladie professionnelle, une fracture-maladie : c'est la maladie des terrassiers de de Quervain.

***

Parmi les *travaux* exposant à ces lésions, figurent en premier lieu, ceux comportant le pelletage (terrassiers, mineurs, maçons, démolisseurs), du moins dans les statistique des auteurs allemands. Mais on a pu observer ces fractures dans beaucoup d'autres gros travaux : soulèvement de charges très lourdes, piochage, déplacement d'un wagonnet ; ceci explique les véritables épidémies de cette maladie survenues lors de grandes entreprises de travaux publics. En Allemagne, Quincke a signalé des cas au XIXe siècle, lors de la construction du canal de Kiel, mais on les a surtout observés au cours des grands travaux entrepris pour la résorption du chômage : routes, autostrades (Debusch, 1936), canaux (celui du Neckar 1933, Bofinger). En Australie, il s'agissait aussi de chômeurs utilisés à des travaux de canalisation et d'assèchement.

On les a observés encore, lors de travaux de fauchage et à la suite d'efforts violents quoique non répétés : pour retenir le glissement d'une lourde charge ou le renversement d'un wagonnet, pour résister à un choc lors d'un accident de chemin de fer, pour se redresser de la position accroupie avec un lourd fardeau dans les mains.

En pratique, ces fractures sont assez *fréquentes* mais elles sont trop souvent *méconnues*, le peu d'importance du traumatisme réalisant la lésion fait que l'ouvrier et le médecin croient à une algie banale. On ne saurait donc trop insister sur ces deux points : chez les ouvriers exposés à ces troubles, y penser toujours tant devant les symptômes d'alarme que devant une lésion constituée, si banale qu'elle puisse paraître, sélectionner et surveiller à ce point de vue les ouvriers appelés à exécuter ce genre de travaux.

(1) Travail de la Caisse Primaire d'Assurances Sociales de la Fédération Parisienne du Bâtiment et des Travaux Publics (Médecin-chef, Docteur G. Saint-Martin).

Pour se faire une idée du *siège anatomique* de ces fractures, il convient de reproduire ce tableau de Teleky, réunissant les 539 cas dus aux observations de Koepchen (193 cas), Debusch (187 cas), Matthes (81 cas) et Zollinger (78 cas).

1re vertèbre dorsale seule	323 cas
7e » cervicale seule	94 »
Ces deux vertèbres ensemble	42 »
2e vertèbre dorsale seule	24 »
1re et 2e vertèbres dorsales ensemble	24 »
3e vertèbre dorsale seule	4 »
6e » cervicale seule	4 »
Autres deux vertèbres ensemble	11 »
Trois vertèbres	13 »

***

L'*aspect clinique* de ces fractures est assez particulier, car la fracture est le plus souvent précédée d'une période prémonitoire qui constitue la *maladie*. Même avant que l'ouvrier signale le moindre trouble, il serait d'une excellente pratique médico-sociale que l'examen systématique clinique et radiologique cherche à déceler *les signes d'alarme* de cette affection.

L'ouvrier se plaint durant quelques semaines ou quelques jours, de sensations douloureuses entre les épaules, très vagues et très variables d'intensité et de durée selon les sujets, avec gêne progressive de l'activité. Cela doit suffire, chez un ouvrier dont on connaît le travail, à constituer un signe de suspicion. L'ouvrier parle de torticolis par le froid, de fatigue, de froissement musculaire ; le médecin devra préciser le siège de la douleur subjective et objective mais les signes restent souvent vagues et légers. La radiographie montre bien, selon certains auteurs, des traînées de sclérose osseuse au niveau de l'apophyse épineuse menacée, mais il faut avouer que les clichés à ce niveau sont souvent de prise et de lecture délicates, que ces traînées sont d'interprétation difficile, l'aspect pathologique de l'os « en voie de remaniement » (Rostock) restant imprécis et sans caractère défini et bien reconnu.

C'est cependant à ce stade qu'il conviendrait de mettre l'ouvrier au repos. Sinon, *la fracture* succédera à la maladie osseuse. C'est d'ailleurs parfois seulement de quelques heures que l'annonce de celle-ci précède la constitution de celle-là. Parfois c'est rétrospectivement qu'on arrive à extirper de la mémoire de l'ouvrier le souvenir de ces douleurs imprécises, souvent aussi cette phase a été totalement muette. Un effort d'importance variable, parfois violent, souvent léger mais cependant net, et facile à déterminer, va compléter la fracture ainsi amorcée : l'ouvrier soulève la pelle ou la lance en avant, ou la secoue pour décoller les mottes de terre, ou bien il s'agit d'un des efforts que nous avons indiqués en dehors du pelletage.

C'est brutalement que le sujet ressent une douleur violente en coup de poignard entre les épaules, en même temps qu'il perçoit un craquement à ce niveau. Cette douleur, le plus souvent (74,1 % pour Koepchen) oblige à interrompre le travail aussitôt, moins souvent quelques heures après, plus rarement les jours suivants (fracture parcellaire qui se complète). La violence de la douleur oblige l'ouvrier à immobiliser la partie malade du rachis : d'où une attitude caractéristique du rachis et des épaules, attitude guindée. La tête est un peu penchée en avant, maintenue rigide, enfoncée entre les épaules qui sont un peu surélevées, tout mouvement évité avec angoisse. Cette attitude facile à reconnaître, a été désignée sous le nom de « mouton » car elle rappelle l'attitude de la tête et du cou du bélier (1). La crainte de la douleur explique que tous les mouvements de l'épaule et des bras soient exécutés avec lenteur et précaution.

L'examen médical, chez des sujets maigres, peut permettre d'observer un affaissement au niveau de la fracture, une encoche sur la ligne des apophyses épineuses. Au palper, la douleur à la pression est caractéristique et existe toujours. Elle se situe au milieu de la colonne vertébrale, en général au niveau de l'apophyse lésée, qu'elle soit en place normale ou déplacée, mais elle peut aussi siéger plus bas et alors ne pas correspondre à la hauteur de la lésion (Koepchen et Bauer). La palpation du fragment fracturé ne constitue pas un signe aussi constant : on peut cependant parfois percevoir, au-dessous de l'encoche, l'extrémité de l'apophyse épineuse anormalement mobile et déjetée latéralement. On ne perçoit que dans un tiers des cas environ, une fine crépitation (Zollinger).

Dans les cas récents, la douleur est très aiguë et s'exagère par toute contraction du trapèze : soit mouvements actifs du sujet, pour lever ou porter un objet un peu lourd, soit mouvements passifs, provoqués par le médecin, forts et imprévus, de traction des bras ou de rétroflexion de la tête.

Mais il faut bien remarquer, avec Teleky, que tous les signes de ces fractures — en dehors de l'attitude guindée et de la douleur à la pression — sont en réalité assez rares. Exceptionnelles aussi, d'ailleurs, sont les complications immédiates, Zollinger a signalé trois cas de paresthésie dans le territoire du nerf brachial cutané interne et de son accessoire.

On conçoit facilement que cette pauvreté de signes puisse être cause d'erreur de *diagnostic*, surtout dans les cas où la douleur, lors de la constitution de la fracture, a été atténuée. Le mouvement qui l'a provoquée est parfois important (fracture d'effort) mais plus souvent d'intensité banale et n'attire nullement l'attention chez des travailleurs habitués à

(1) Bergougnon expliquait ce terme par la ressemblance de cette posture avec l'attitude d'un homme portant un bélier sur sa nuque.

des efforts violents ; dans le cas de Bergmann, le traumatisme invoqué était même insignifiant et c'est par hasard que la radiographie a fait découvrir la lésion. Aussi peut-on ne pas penser à la fracture et ne parler que de torticolis, d'effort, de froissement musculaire. Souvent le trauma est tellement latent ou à ce point imprécis et estompé dans la mémoire de l'ouvrier qu'on a pu penser longtemps à un rhumatisme cervical, une cellulite, une myosite du trapèze (Mac Kellar Hall).

La *radiographie* est naturellement indispensable dans tout cas suspect et toujours utile pour préciser le diagnostic. Elle sera pratiquée avec exactitude et compétence, dit Teleky : de face, de profil et même pour Matthès en position demi-oblique ; il est bon de rappeler que les apophyses épineuses peuvent varier, à l'état normal, de grandeur, forme, position, et même présenter des fissures. De ce fait et en raison de la superposition des images, la lecture des radiographies est souvent délicate.

Sur le cliché de face, à la place de l'apophyse arrachée, on voit, au milieu de l'ombre du corps vertébral, deux zones à contours sombres : l'une supérieure, triangulaire plus claire, qui correspond à la base d'implantation du fragment, l'autre inférieure et déjetée de côté, en forme d'anneau plus sombre, à contours nettement limités et qui représente le fragment arraché. Sur le cliché de profil, on apprécie avec plus d'exactitude le siège du trait de fracture qui occupe habituellement le tiers moyen de l'apophyse épineuse (Lance). Pour Rostock, dans la fracture vraie, le trait est oblique en bas et en arrière, sinueux et dentelé, dans la fracture-maladie, il est vertical et franc et s'accompagne de traînées de sclérose osseuse que nous avons déjà signalées. Mais ces modifications de structure sont d'interprétation délicate car sans aspect caractéristique (on a parlé d'un certain flou) et les signes radiologiques sont très variables, aussi cette opposition n'est guère absolue en pratique.

Dans plusieurs cas (Debusch), il n'y avait qu'une petite fissure très difficile à déceler. Dans un tiers des cas, il n'y a pas de déplacement. Dans presque la moitié, on en constate vers le bas ou vers le bas et de côté (action du rhomboïde). L'écart des fragments est dans certains cas considérable.

L'évolution de ces fractures est de règle assez longue. La douleur provoquée par les mouvements de la tête et des bras reste, durant plusieurs jours, très marquée, puis tous les symptômes s'améliorent lentement pour disparaître parfois complètement, mais, le plus souvent, pendant plusieurs mois, des douleurs surgissent encore lors des efforts en rapport avec la lésion (soulever une lourde charge).

En effet, la consolidation osseuse au niveau de la fracture, est toujours lente et incomplète, le cal qui se forme est le plus souvent périphérique et fibreux (Wachs). La guérison par ossification n'a été observée que 29 fois sur 76 cas par Debusch, dans 10 à 15 % des cas de Koepchen. Si l'on joint à cette mauvaise qualité du cal, la possibilité d'une interposition et la difficulté d'une bonne coaptation des fragments, on comprend facilement la fréquence des *pseudarthroses* comme mode de guérison : 12 sur 13 cas de Wachs. La majorité des pseudarthroses est bien tolérée mais, lorsque la mobilité reste considérable entre les fragments, certains blessés sont gênés par des douleurs persistantes et des craquements brusques, lors de certaines contractions musculaires ; le malade de Lance ne pouvait placer sa tête en hyperextension brusque sans éprouver un ressaut très désagréable.

Il peut arriver que ce soit ces douleurs et cette gêne persistantes qui fassent faire rétrospectivement le *diagnostic* de l'affection, dont l'origine traumatique peut être parfois, mais non toujours, retrouvée dans les souvenirs de l'ouvrier. A ce stade, il ne reste à discuter que des affections très rares (Lance) : absence de soudure du point d'ossification apical de l'apophyse épineuse ; apophyse épineuse supplémentaire très mobile entre C^6 et C^7 ; néarthrose congénitale de l'apophyse à sa partie moyenne.

La question de l'*incapacité de travail* et de la *récupération* de ces blessés est d'intérêt essentiel. La durée de l'incapacité a été appréciée assez différemment par les auteurs : 4 semaines (von Lönnerblad), de 4 à 6 (Debusch), de 2 à 11 (Bofinger), de 1 à 9 (Zollinger), de 10 à 12 (Matthès), en somme en moyenne 4 ou 5 semaines (Koepchen et Bauer) dans 18 % des cas, moins de 2 semaines dans 21 %, plus de 6 semaines.

Mais après ce délai l'ouvrier n'est pas apte à reprendre le même métier. On a observé qu'à la cessation de l'interruption du travail, 15 % seulement n'accusaient plus aucun trouble. Ce qui importe, c'est de pouvoir placer les ouvriers pendant plusieurs semaines et si possible, plusieurs mois, à des travaux plus légers et d'action musculaire différente. Agir autrement, c'est risquer surtout une pénible reprise des douleurs et aussi parfois une nouvelle fracture, de même ou d'autre localisation, mais certainement de guérison plus difficile et de durée plus longue (en moyenne 8 ou 9 semaines). Un tiers seulement des ouvriers de Koepchen ont pu reprendre le même travail. En somme, la guérison a lieu le plus souvent dans un délai d'un ou deux mois, mais le travail de terrassier doit être abandonné pendant plus longtemps (Teleky).

***

Le mécanisme de ces fractures repose sur un principe bien connu en médecine du travail : chez les travailleurs dont le métier a provoqué un développement excessif de la masse musculaire, on ne constate pas, en général, un accroissement parallèle de la résistance osseuse ; de cette disproportion provient la fracture lors de contractions incoordonnées. Dans ce cas particulier, les muscles à incriminer sont : le trapèze et le rhomboïde qui vont des apophyses épineuses à l'omoplate. Ils ont été différemment accusés, le premier par Henschen et Sauer, le second par Riedinger. Le mécanisme est du reste complexe et non toujours identique, dans les mouvements pour lesquels ces muscles agissent au niveau de la ceinture scapulaire, le rachis, immobilisé en barre rigide, formant l'appui nécessaire.

L'effort de pelletage se décompose en plusieurs mouvements successifs :

1° Charger la pelle : l'ouvrier la pousse en avant sous les matériaux, soit directement en avant en relevant le bec de la pelle (en fléchissant lui-même les jarrets) tel le démolisseur qui relève les déblais, soit en l'enfonçant dans la profondeur en inclinant puis relevant le bec de la pelle, tel le terrassier qui creuse le sol.

2° Soulever la pelle pleine et amorcer le lancer, en projetant en arrière, un peu l'épaule et beaucoup le coude, pour donner de l'élan à l'effort suivant.

3° Lancer la pelletée, soit en avant, soit de côté, soit bien plus souvent en avant et en haut, comme le fait le terrassier installé dans la tranchée qu'il creuse et qui rejette la terre sur le remblai, ou celui qui charge de déblais un chariot ou un wagonnet (ce travail demande simultanément un mouvement général de tout le membre supérieur de rotation en dedans ou en dehors, pour atteindre le tas ou le récipient).

4° Quand la pelletée est lancée, arrêter l'effort en avant, par un brusque stoppage, pour que la charge quitte la pelle, ce qui projette le bras en arrière, dans un brusque mouvement de recul.

Quand l'ouvrier soulève la pelletée de terre, le rachis est fléchi en avant et fixé, la partie transverse du trapèze tire l'omoplate en arrière et l'immobilise tandis que les autres parties des muscles exécutent des mouvements de rotation ; il y a donc arrachement direct par les fibres courtes et moyennes du trapèze, tendues à l'excès par la force agissant sur les bras (Henschen). Lors du lancer de la pelletée en avant et de côté ou en avant et en haut (wagonnet) l'omoplate est d'abord tirée en arrière et en dedans par le faisceau moyen du trapèze, pour amorcer le geste du lancer, puis, lors du lancement, l'omoplate se déplace brusquement en avant et en haut et on peut alors admettre une contraction réflexe du faisceau moyen du trapèze. Quand la pelle est lancée, dans le mouvement de recul, le rhomboïde a le rôle essentiel.

Mais la tension des insertions des tendons sur les apophyses n'aboutit à un phénomène pathologique que si l'effort est asymétrique (or il l'est toujours dans ces travaux), car une tension symétrique n'aurait pas d'action sur l'apophyse, mais surtout s'il est exagéré et incoordonné. Or, l'incoordination des muscles participant à ces mouvements peut provenir soit d'une fatigue locale ou centrale, soit d'une distraction, soit d'un réflexe imprévu, par exemple une surprise où se produit un emploi subit et inadéquat des bras (Teleky).

La *pathogénie* doit donc rechercher avant tout ces *défauts de l'effort.* On a remarqué la fréquence de ces accidents chez ceux qu'on a appelés avec raison les « ouvriers de crise » Notstandsarbeiter des auteurs allemands, qui les ont vus à l'œuvre lors des grands travaux destinés à combattre le chômage. Ces ouvriers jeunes ou vieux, mais tous chômeurs, donc sous-alimentés, déprimés, sont déshabitués d'effort musculaire ou n'en ont jamais fait dans les métiers habituels : de tels hommes très fatigables, ont tendance à employer leurs muscles de façon exagérée et non coordonnée.

L'explication vaut aussi dans les cas dus à une contraction brutale réflexe (surprise au cours d'un accident, efforts pour retenir une charge qui glisse, un wagonnet qui se renverse).

Mais elle ne peut suffire. En effet, l'accident devrait s'observer dès les premiers jours de travail, avant toute adaptation et ne pas frapper les ouvriers sains robustes et entraînés. Or, il n'en est pas ainsi. Ces ouvriers sont touchés et les nouveaux embauchés eux-mêmes le sont moins au cours de la première quinzaine (9 %) qu'au bout d'un mois (28 %) et qu'après six mois de métier (23 %) selon Koepchen et Bauer. Pour Rostock, la plus grande fréquence s'observe à la 4e ou 5e semaine de travail, pour Matthès entre les 20e et 45e jours de travail, pour Bofinger entre les 31e et 80e jours, pour Kaspar entre les 20e et 80e jours. On en est ainsi venu à soupçonner une *modification de la structure osseuse*, aboutissant à une lente usure et à une diminution de la résistance (Rostock, Bergmann, Kaspar).

La cause en serait l'addition de plusieurs actions isolées, qui, par suite de la traction des muscles hyperactifs et parfois hypertrophiés, crée des zones d'altération osseuse. L'expression clinique en est l'apparition des douleurs d'alarme ressenties dans les heures, jours ou semaines précédant l'arrachement (1) : de telles douleurs ont pu parfois faire à temps suspendre le travail nocif, avec l'appui de la radiographie qui montre des zones d'altération de structure des apophyses épineuses, traînées de sclérose osseuse d'interprétation du reste très délicate. Mais certains ouvriers ayant quitté le travail, ont repris une occupation plus douce, qui a cependant suffi à produire l'arrachement et la fracture.

Cette notion d'altération de structure osseuse préalable — à rapprocher des troubles similaires des fractures insidieuses d'un métatarsien du pied forcé des jeunes soldats — laisse jouer leur rôle aux défauts de l'effort précédemment étudiés. En effet, cet état de fragilisation des apophyses par raréfaction osseuse serait la conséquence des nombreux microtraumatismes à l'origine desquels on retrouve le rôle possible des efforts asymétriques, exagérés et incoordonnés. C'est aussi l'un d'eux qui termine l'évolution en complétant l'arrachement ; ce n'est là, du reste, selon la comparaison de Teleky, que la goutte d'eau qui fait déborder le vase.

Ainsi, les tiraillements mutiples des insertions musculaires sur l'apophyse, du fait des efforts incoordonnés et exagérés, constituent le premier

(1) Parmi les malades de Koepchen et Bauer, 84 ont accusé ces douleurs, pendant plusieurs heures (24 cas), plusieurs jours (48 cas), plus d'une semaine (12 cas), avant la fracture.

élément modifiant la structure osseuse dans le sens de la diminution de résistance. Le *second élément* est réalisé par les *défauts de l'alimentation des travailleurs*, il joue au maximum *aussi chez les chômeurs*, ouvriers de crise. A ce sujet nous reproduirons l'opinion de Telcky dont l'intérêt, dans les conditions de vie actuelles, ne saurait échapper : « Une alimentation insuffisante en quantité et qualité peut aboutir à des altérations osseuses qui diminuent la résistance du squelette. De ce fait, on admet, à juste titre, que non seulement la débilité constitutionnelle mais aussi les conditions sociales défavorables contribuent à une augmentation de la fréquence de la maladie. En effet, dans les cas de Koepchen et Bauer le chômage, qui avait précédé l'activité de ces « ouvriers de crise » avait duré en moyenne 4 ans ; le poids était, chez la moitié des sujets, au-dessous de la normale, les moyens d'alimentation très limités, la viande très rare, la graisse en très petite quantité, bref, toute une série de conditions (surtout l'absence d'albumine animale et de graisse) qui, à la longue, agissent défavorablement sur le système osseux. »

Rappelons encore, avec Lance, que la *fragilité relative des apophyses épineuses cervico-dorsales* est un fait reconnu, bien étudié par les recherches expérimentales d'Albanèse, qui a montré qu'une traction transversale de 35 à 40 kilogrammes était suffisante pour obtenir cette rupture, alors que les apophyses dorso-lombaires exigent pour céder de même, des tractions de plus de 80 kilogrammes. D'autre part, la situation des apophyses cervico-dorsales aux points d'attache et au centre de commande des muscles de la ceinture scapulaire, les expose à des modalités de traumatisme qui ne sauraient exister ailleurs.

***

Les éléments d'ordre *étiologique* qui vont servir de base aux mesures de *prévention sociale et professionnelle* forment trois groupes.

A. — *Les uns concernent les ouvriers.* — Nous les avons déjà suffisamment indiqués pour n'y pas insister davantage. Les sujets débiles de nature ne sont pas souhaitables pour ce genre de travaux. Les chômeurs déshabitués ou jamais habitués des efforts musculaires sont menacés d'un double danger : d'une part, fragilisation osseuse du fait de la sous-alimentation et des tiraillements par efforts incoordonnés ; d'autre part, arrachement dû également à ce dernier facteur. A titre d'exemple, rappelons que le malade du professeur Mathieu était un comptable dont le chômage avait fait un manœuvre. La sélection professionnelle aura ici à s'employer si on veut réaliser une organisation pratique et humaine du travail.

B. — *D'autres concernent le travail, son matériel, sa méthode.* — Ici, tout doit concourir à réaliser des conditions diverses dont l'ensemble permette à l'ouvrier un rendement satisfaisant, pour le bon fonctionnement de l'entreprise, sans jamais l'exposer, au nom d'intérêts économiques mal compris, aux dangers des efforts exagérés, surmenage et malmenage.

En ce qui concerne le *matériel*, on évitera de laisser employer des pelles trop grandes, trop lourdes à manche trop long, des wagonnets trop hauts, trop vastes ou trop éloignés, toutes conditions exigeant des efforts de pelletage nettement antiphysiologiques. Teleky rappelle avec raison que F.-W. Taylor, lorsqu'il commença à développer, au début du siècle, ses principes d'organisation scientifique du travail, avait choisi comme activité-type, le travail à la pelle. Il avait étudié avec minutie — et d'autres après lui (Kommerel, Wenzig) — le rendement d'un bon ouvrier avec plusieurs matériels divers. Il avait aussi précisé, dans des entreprises bien définies (aciéries par exemple), les conditions du rendement le meilleur à la fois pour l'ouvrier et l'entreprise : poids de la pelle vide, longueur de son manche, sa forme et sa surface conditionnant le poids optimum de la pelletée. Celui-ci devant rester le même pour un même mouvement, pour les divers matériaux travaillés, les pelles variaient de forme selon la nature de ceux-ci ; mais le poids optimum de pelletée variait selon la direction du pelletage (en avant ou en hauteur dans un chariot) et selon la position de l'ouvrier (debout ou accroupi). Wenzig estime que le travail à la pelle réalise les meilleures conditions avec une pelletée de 8 à 10 kg. et un lancement en hauteur ne dépassant pas 1 m. 50, un manche de 64 à 70 cm. étant particulièrement indiqué pour un lancer à une hauteur de 1 à 2 mètres. Pour d'autres auteurs, un lancer de 1 à 2 mètres de haut demande une pelletée ne dépassant pas 8 kg. On peut évaluer de même la hauteur du rebord du wagonnet et son éloignement du terrassier au travail.

Des fautes commises dans la *méthode de travail* ont été souvent à l'origine de nombreux accidents. Les principales conditions défectueuses de ce genre ont été les suivantes : la répartition du travail en trois équipes de 8 heures avec seulement une demi-heure de pose (ou de 9 heures avec une heure de pose) ne tenait pas compte du repos musculaire nécessaire et exigeait de l'équipe de nuit un effort encore supérieur. Déplorable aussi, le système du travail à la prime pour pousser au rendement maximum, qui accumule les risques de toutes les sortes. Kommerel préfère un rythme de travail très rapide mais coupé de périodes de repos nombreuses. Mais tous les auteurs sont d'accord pour conserver le travail à salaire horaire, proscrire le travail de nuit, enfin permettre des périodes de repos plus longues, plus nombreuses et raccourcir la journée de travail, selon les difficultés des travaux, au lieu de s'en tenir à une règle immuable de rythme de travail.

La *nature des matériaux* à déplacer entre aussi en ligne de compte ; pour les terrassiers, il faut tenir compte de la difficulté du travail, du fait de la *variété du terrain*. La terre lourde ne se laisse pas arracher et, adhérant à la pelle, exige un effort supplémentaire pour s'en détacher. Dans les cas de Koepchen et Bauer, 35 % des accidents se sont produits sur un terrain marneux, mélangé de sable et de gravier, 40 % sur des terrains de marne ou d'argile, le reste sur d'autres terrains (1). L'influence des conditions météorologiques et des saisons agit de la même façon, par l'humidité du terrain qui alourdit la terre et la rend collante. Quoi qu'il en soit, en cas de terrain lourd, on doit augmenter le nombre des ouvriers du chantier et les ménager, allonger et multiplier les phases de pose.

C. — Nous envisageons enfin les conditions de l'*adaptation de l'ouvrier au travail.* Quel qu'il soit, solide ou débile, travailleur actif ou chômeur, l'ouvrier ne sera pas mis sans précaution à ce travail très dur et obligé à fournir d'emblée un rendement maximum. Dans les cas de Koepchen et Bauer (1934), les ouvriers embauchés en automne, d'abord occupés à des travaux variés qui leur avaient fourni une sorte d'entraînement progressif et dosé, furent beaucoup moins touchés que ceux embauchés au printemps, au moment même des travaux et mis aussitôt au travail le plus lourd sur le terrain le plus mauvais. Ce sera donc une excellente pratique que de fournir aux terrassiers, au début des travaux, surtout s'il s'agit d' « ouvriers de crise », une *adaptation progressive* à leur emploi, par des travaux plus légers de même ordre. On l'obtiendra de même et plus simplement en faisant *alterner* les travailleurs dans des postes ou des places de travail les unes très pénibles, les autres relativement douces.

Dans certains cas, les ouvriers peuvent être amenés à fournir un travail extraordinaire (déblayage d'urgence). Il faut alors tenir compte des besoins caloriques considérables qui en résultent et qui exigent un *régime spécial* qu'aucun ouvrier de crise, en quelque pays que ce soit, ne peut réaliser par ses propres moyens. Pour des travaux de ce genre, de courte durée, l'ouvrier est censé faire face à ces dépenses maxima d'activité physique par les réserves de son organisme : or, ce sont précisément ces réserves qui font défaut chez les ouvriers de crise (Teleky).

De ces considérations découlent facilement les diverses *mesures de prévention*, indiquées par Koepchen et Bauer, et que nous résumons en les groupant de la façon suivante :

1° Matériel : petites pelles remplacées éventuellement par des pelles-fourches ; limitation des dimensions et de la hauteur des wagonnets ; élimination de toutes autres conditions rendant nécessaire le lancement à une trop grande hauteur ou à une trop grande distance.

2° Méthode de travail : peu de travail forcé ; repos de nuit ; répartition du travail permettant des pauses suffisantes ; suppression du travail aux pièces et du système des primes afin d'éviter la recherche d'un rendement exagéré ; répartition du travail selon les saisons afin d'éviter le travail sur le sol marneux pendant la saison humide.

3° Ouvriers et adaptation au travail : sélection des ouvriers ; adaptation progressive au travail ; changement de poste de travail ; gradation progressive vers le travail lourd ; augmentation du nombre des ouvriers aux endroits où le travail est le plus lourd ; alimentation suffisamment riche en viande et en graisse ; suppression de tout travail aux ouvriers présentant les premiers symptômes de la maladie des terrassiers.

Sur tous ces points, en général, mais surtout sur les deux derniers, en particulier, la médecine du travail aura à collaborer avec la Direction Technique des Chantiers, et son avis devra avoir un grand poids (surveillance du travail et des travailleurs).

***

La question du traitement a été si clairement précisée dans un article récent de Lance, que nous ne pouvons mieux faire que de reproduire ici cet exposé.

« Zollinger, Canigiani, comptant sur la guérison spontanée, rejettent tout traitement, même purement orthopédique, pour ne pas attirer l'attention du blessé sur sa lésion et minimiser ainsi la durée de l'impotence fonctionnelle.

« Cette opinion paraîtra un peu excessive même en matière d'accidents du travail et nous pensons qu'un traitement bien conduit évitera quelques désagréments aux blessés et parfois quelques invalidités aux compagnies d'assurances. » Koepchen estime que le malade doit être averti qu'il s'agit d'une fracture, mais qu'elle est sans gravité.

« La majorité des auteurs s'en tient d'ailleurs à un traitement orthopédique : la partie basse du cou est immobilisée soit dans un appareil plâtré léger, prenant point d'appui en haut, sous le menton et modelant en bas les épaules, soit plus simplement au moyen du collier de Schanz. Il y a intérêt à placer la colonne cervicale en légère hyperextension.

« L'immobilisation sera maintenue pendant 20 à 30 jours ; mais Matthès conseille fort judicieusement, en raison de la lenteur de consolidation, de ne pas exiger la reprise du travail avant le 60e jour. Entre temps le blessé sera autorisé à mobiliser son cou avec prudence.

« Cependant, quelques chirurgiens se montrent plus résolument interventionnistes dans le but de raccourcir cette assez longue période d'incapacité fonctionnelle. Metger, Rostock n'hésitent pas à faire d'emblée l'exérèse du fragment arraché ; au 10e jour le blessé pourrait ainsi reprendre son travail.

« Il est quelques cas où la nécessité de recourir à l'intervention sanglante ne saurait se discuter ; lorsque, comme dans l'observation de Toniolo, le fragment arraché vient irriter la moelle ou les racines du plexus brachial ; ou, encore, lorsqu'ayant migré vers la superficie, il tend à perforer la peau. Elle paraît également très légitime en présence d'une pseudarthose ancienne et douloureuse ; c'était le cas de l'obser-

(1) Le terme anglais Clayshoveler's fracture (Mac Kellar Hall) n'est traduisible que par la phrase « fracture des terrassiers travaillant à la pelle en terrain argileux » (Mouchet).

vation de Lance où tous les traitements physiothérapiques ou autres avaient échoué; la simple exérèse faite sous anesthésie locale mit fin à tous les ennuis de la malade. »

« Il paraît disproportionné avec une telle lésion de faire plus et de rechercher une consolidation du foyer de fracture au moyen d'une greffe type Albee (Mc Kellar Hall). Les quelques cas où l'on a eu recours à cette méthode n'incitent guère à une opération de cet ordre, qui ne serait discutable qu'en cas de fractures multiples; or, ce n'est pas l'éventualité habituelle dans la maladie des terrassiers. »

***

Tels sont les éléments essentiels de cette affection. Les fractures des pelleteurs sont bien différentes des classiques fractures du rachis qui sont de grands traumatismes, à symptomologie dramatique. Celles-ci, au contraire, risquent plutôt d'être méconnues. Pourtant, il convient de bien les reconnaître pour les *dépister* et surtout pour les *prévoir* (signe d'alarme) et les *prévenir*. La surveillance des divers éléments étiologiques, les uns agissant sur le mécanisme de l'effort laborieux et le viciant, les autres agissant sur la valeur de résistance du tissu osseux, permet d'intéressantes mesures de prévention. Les conditions qui ont été déjà à l'origine de ces accidents dans certains pays, ne manquent pas d'intérêt actuel dans le nôtre.

Enfin, sur ce sujet, comme sur tous les problèmes de même ordre en médecine du Travail, nous adopterons la conclusion de Teleky : « Il serait souhaitable de pouvoir étudier *toutes* les conditions *réelles* du travail sur les chantiers, pour préciser les conditions économiques les plus favorables, en tenant compte aussi du coût que représentent les cas de maladie, la diminution de la capacité de travail des malades, sur des périodes plus ou moins longues. Il serait ainsi possible, à la médecine industrielle, d'édicter des mesures d'organisation du travail, essentielles au triple point de vue économique, hygiénique et social. »

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages principaux :

Albanèse. *Archivio di Ortop.*, 1931, vol. 45, n° 10, p. 639.
Bauer. *Reichsarbeitsblatt*, 1938, n° 8, p. 52.
» *Arbeitsschutz*, 1938, n° 3, pp. 111-152.
Berletti. *Chirurg. degli Organi di Movim.* 1931, fasc. 2, p. 139.
Borgmann W. *Chirurg.*, août 1937, tome 14, n° 9, p. 579.
Boss W. *Bruns. Beitr. zur Klin. Chirurg.*, 1929, n° 146, p. 194.
Bourgougnon. *Thèse de Paris*, 1875 (n° 340).
Buzello. *Duisburger Aerzte-Verein Münch. Med. Wochenschr.*, 1936, n° 83, p. 580.
Canigiani T. *Wien. Klin. Wochenschr.*, novemb. 1940, n° 53, p. 982 (in *Journ. Chirurg.*, tome 58, n° 3, 1940-41, p. 215).
Cossu. *Revista de Radiol.*, avril 1939, tome 13, n° 1.
Debusch L. *Archiv. für Orthop. Chirurg.* 1936, vol. 37, p. 223.
» *Deutsch. Med. Wochensch.*, nov. 1936, n° 62, p. 1837.
» *Zent. bl. f. Gewer. u. Unfallv.*, tome 24, p. 91.
Dessaint. *Revue Orthop.*, 1928, vol. 15, p. 414.
Fabretti. *Risseg. d. previd. sociale*, sept. 1938, tome 25, n° 7, p. 53.
Gori Savellini. *Risseg d. previd. sociale*, fév. 1940, tome 27, p. 52.
Haman (avec Cornil et Mosinger). *Press. Méd.*, 13 juillet 1929.
Hoffmann W. *Zent. bl. f. Gewer. u. Unfallv.*, octob. 1935, n° 12, p. 179.
Kaspar M. *Zent. bl. für Chirurgie*, tome 67, n° 20, 19 mai 1940.
» (Id.) tome 68, n° 28, 12 juillet 1941.
Mac Kellar Hall. *Journ. of Bone and J. Surg.*, janv. 1940, tome 22, n° 1, p. 62 (in *Rev. d'Orthop.*, 1941, n° 1-2, p. 110).
Knutscher. *Zent. bl. für Chirurgie*, 1938, p. 964.
Koepchen A. *Deutsch. Med. Wochenschr.*, août 1935, tome 61, p. 1271.
» (avec Bauer) dans l'*Arbeitsmedizin, Arbrosius Barth*, Leipzig, 1937.
Kommerel dans l'*Arbeitsphysiologie*, 1929, tome 1, p. 278.
Lance P. *Rev. d'Orthop.*, mai-août 1941, tome 27, n° 3-4, p. 201.
» *Revue du Rhumatisme*, octob. 1942, n° 10, p. 209.
Liekint F. *Med. Welt*, juillet 1936, n° 10, p. 965.
Lonnerblad L. *Acta Chir. Scandinav.*, sept. 1933, tome 73, n° 3, p. 285.
Mathieu. Académie de Chirurgie, séance du 23 avril 1941.
Matthès G. *Der Chirurg.*, oct. 1935.
» *Arch. f. Orthop. u. Unf. Chir.*, 1936, vol. 37, n° 7, p. 231.
Metges. *Deutsch. Med. Woche*, nov. 1936, tome 62, p. 1922.
Mouchet A.-A. *Paris Médical* (revue annuelle), sept. 1941, tome 31, n° 36-37.
Pacini. *Ortop. e Trauma dell App. motore*, 1934, vol. 6, fasc. 5.
Rochon. *Thèse de Toulouse*, 1932.
Rostock. *Beitr. zur Klin. Chirurg.*, 1936, tome 169, n° 7, p. 15.
Sandhal. *Acta Chirurg. Scandin.*, 1931, vol. 58, p. 171.
Teleky. *Hygiène du Travail*, B. I. T., 1939.
Toniolo G. *Chirurg. di Org. di Movim.*, oct. 1937, tome 23, n° 1, p. 57 (in *Journ. de Chirurgie*, n° 6, juin 1938).
Uciz. Dans *Unfallvers* (Prague), 1938, n° 3, p. 110.
Volkmann. *Zent. bl. für Chirurgie*, juillet 1939, tome 66, n° 28, p. 1587.
Wachs. *Fortschr. a. d. geb. der Rontgenstr.*, 1935, p. 261.
Wiebeck R.-H. *Monatschr. f. Unfallhy.*, oct. 1938, n° 45, p. 545.
Zimmer. *Bruns. Beitrag. zur Klin. Chir.*, 1935, vol. 111, p. 273.
Zollinger F. *Schweiz. Med. Wochenschr.*, mai 1937, tome 67, n° 11, p. 485 ; juin 1937, tome 67, n° 11, p. 505.

ACTUALITÉS

LES FORMES LARVÉES DE LA POLIOMYÉLITE ET SA PROPHYLAXIE

Par R. Levent

Le centre de la France a été, voici, quelques semaines, atteint par une épidémie de poliomyélite assez importante pour susciter l'émotion du public et l'intérêt de la presse quotidienne. Le corps médical, conscient de la précarité de la thérapeutique a vu ses soucis ravivés et les administrations compétentes ont montré leur sollicitude ; on a sonné le ralliement des donneurs de sérum et on n'a pas hésité à donner l'aval — sinon une efficacité — à des mesures prophylactiques d'origine transatlantique et déjà un peu désuètes.

Faute de traitement curatif la prophylaxie demeure l'arme la plus fidèle, même lorsque la victoire consiste seulement à limiter le fléau. Pour y arriver, une bonne éducation clinique et une vigilance avisée sont la meilleure préparation.

C'est à ces conclusions que voici dix-huit mois déjà aboutissait Pache (1) étudiant une épidémie survenue dans sa ville d'Yverdon, au décours de l'année 1941, épidémie importante puisque 159 cas ont été relevés dans un périmètre restreint.

Pour faire œuvre utile il ne suffit plus, et Pache y insiste à nouveau, de s'en tenir aux données classiques quant à l'aspect clinique et à l'évolution de la maladie ; ce que d'autres épidémies avaient montré de l'importance numérique et épidémiologique des formes anormales est, à son avis, amplement confirmé. Le brevet d'authenticité n'est plus réservé aux formes classiques, typiques et complètes avec leurs quatre phases, leurs localisations et leurs symptômes. Il ne s'agit pas non plus d'annexer à ce domaine de la poliomyélite les autres formes graves seules, c'est aux formes bénignes, incomplètes, fugitives, qu'il faut aussi faire une place si l'on veut avoir la chance d'étendre la protection individuelle et générale jusqu'où elle doit aller. D'autres auteurs déjà ont été frappés de cette importance pratique des formes apparemment légères ; Barré a décrit certaines d'entre elles et certains de ses élèves les ont étudiées sous son inspiration (2).

Parmi les formes qui s'écartent du schéma classique on accepte volontiers pour authentiques les formes graves : méningées, myélitiques ou encéphalitiques ; le malade n'a rien à perdre à un diagnostic hasardeux et ne sera guère privé d'un traitement héroïque.

Il est plus utile et plus délicat de qualifier exactement des formes bénignes, malgré l'impuissance thérapeutique qui n'empêche pas la guérison de se faire d'elle-même, « malgré » le traitement. Un changement de tendance n'est jamais impossible. De plus, leur malignité épidémiologique n'est qu'aggravée par cette discrétion et cette apparente bénignité. Elles peuvent aussi être un chaînon intermédiaire entre des cas graves d'une épidémie et il est profitable de l'avoir décelé. Enfin, soit que la méfiance médicale s'aiguise, soit que le génie épidémique montre une fois de plus son humeur changeante, les dernières épidémies, en divers pays, ont montré une fréquence croissante de ces formes adoucies ; l'expérience de Pache n'y a point contredit.

Certaines formes ont un cachet neurologique qui expose sans doute à des erreurs diagnostiques mais qui empêche qu'elles demeurent ignorées ou méconnues. *La forme poliopyramidale*, telle que l'a décrite Barré, est au premier plan. On y voit s'associer aux troubles classiques par lésions du neurone périphérique un élément paralytique dû à la participation du faisceau pyramidal.

On en décrit deux variétés cliniques correspondant à des lésions de siège différent ; mais dans toutes deux il y a plus d'œdème que d'inflammation et plus de compression que de destruction vraie. Aussi les troubles sont-ils toujours temporaires et parfois relativement peu intenses ; le pronostic demeure bon.

Les troubles pyramidaux sont toujours de type déficitaire et non irritatifs et l'élément central se laisse aisément masquer par les paralysies périphériques.

Le début ne manque pas de gravité en apparence. La fièvre est accentuée, la motilité rapidement et profondément troublée mais, en quelques jours, l'évolution tourne court. L'amélioration motrice est cependant lente en général, mais en dépit des apparences, on peut dès ce moment porter un bon pronostic, même si la R. D. existe. Les réflexes ne reparaissent qu'ensuite.

Dans la forme globale, les signes déficitaires peuvent cependant durer plusieurs années ; les troubles nerveux réalisent une monoplégie, une paraplégie, une triplégie et atteignent de façon égale tous les segments du membre ; seuls les orteils conservent quelques mouvements.

La forme parcellaire est toutes différente et peut aisément passer inaperçue ce qui la rapproche des formes discrètes que nous décrirons plus loin. L'atteinte des muscles peut se faire de façon tout à fait dispersée ; en dépit de la disparition de la contractilité, le volume des muscles demeure presque normal et les réactions électriques sont peu modifiées ce qui est d'un heureux pronostic.

(1) Cf. Pache (d'Yverdon) in *Revue Médicale de la Suisse Romande*, 25 mai 1942.

(2) En particulier Mme Knopff dans une thèse récente (1942, Strasbourg-Clermont-Ferrand) dont les circonstances nous ont empêché de prendre directement connaissance.

Cette forme peut s'associer à la forme classique typique dont l'apparence est moins strictement celle d'une paralysie périphérique.

De ces formes parcellaires nous rapprocherons, au point de vue pratique, comme appelant l'attention vers le système nerveux tout en laissant la route ouverte à l'erreur de diagnostic, les *paralysies faciales épidémiques*. Elles débutent par une poussée fébrile de quarante-huit heures environ ; après ce délai seulement apparaît une paralysie faciale sans signes méningés ; la ponction lombaire montre cependant une lymphocytose d'importance moyenne. Le pronostic est bon mais la guérison est lente, six mois environ, sans jamais qu'il y ait de contracture.

Nous en rapprocherons encore les formes limitées, à paralysies très peu étendues et avec troubles trophiques très réduits et les formes temporaires (Kennedy) à paralysies fugaces s'effaçant en quelques jours.

Dans toutes ces formes atypiques le clinicien est exposé à des erreurs et c'est avec juste raison que, dès 1940, Babonneix insistait sur les confusions toujours possibles avec les encéphalites et les névraxites d'autre origine.

Mais les plus trompeuses sont les formes abortives, les unes avec atteinte nerveuse, décrites sous divers noms par Wickmann, Wernstedt et nombre d'autres auteurs, les autres sans atteinte nerveuse. Une dégradation clinique progressive finit par effacer tout cachet neurologique :

Formes méningées pures (anciens états méningés) guérissant en quelques jours sans séquelles ;

Formes gastro-intestinales avec entérocolite fébrile et parfois intense et quelquefois, mais irrégulièrement, des signes neurologiques subjectifs ou objectifs. Formes habituellement mais non fatalement bénignes.

Formes pseudogrippales où le syndrome fièvre, courbatures généralisées et parfois embarras gastrique évolue en quelques jours vers la guérison avec tout au plus abolition des réflexes pour éveiller la méfiance du clinicien avisé mais où manquent les signes respiratoires que comporterait une grippe authentique.

A n'en pas douter aussi il existe des *formes à type d'infection générale* avec clocher thermique bref suivi du ressaut caractéristique, absence de tout signe nerveux et guérison. En somme malaise violent, banal et bref.

C'est naturellement pour ces formes que l'étiologie a été le plus discutée ; il n'y a aucune preuve clinique absolue de leur dépendance vis-à-vis du virus poliomyélitique. Cependant les arguments de Pache pour l'affirmative méritent considération.

Topographiquement tous les cas abortifs de l'épidémie d'Yverdon se sont groupés autour d'une forme neurologique plus ou moins typique et parfois mortelle. Dans un tiers des cas de réaction fébrile où la méningite a été recherchée, on a trouvé une réaction cytologique, tous cas fébriles contemporains et évoluant dans un même milieu. Dans le délai d'une incubation normale une forme mortelle à type de myélite ascendante a succédé à une entérocolite. Jamais les états pseudo-grippaux ne se sont accompagnés, comme ils auraient dû, de signes respiratoires ; leur évolution stéréotypée a toujours été très brève. Si, dans la région d'Yverdon il s'agit de constatations nouvelles, dans d'autres régions des faits semblables ont déjà éveillé l'attention. Sous le nom de formes frustes, Levaditi avait déjà décrit ces symptômes ; Camerer et Joppich, à Cologne, en 1938, chez des sujets sains vivant en milieu infecté, avaient observé la fréquence des réactions méningées occultes (45 fois sur 136 ponctions lombaires) ; de même, les formes anormales ou extraneurologiques ont été notées dans des épidémies authentiques (Californie, Danemark, 1934 ; Allemagne du Sud, 1935 ; Suisse, 1936).

De toutes ces présomptions qui, sans donner la certitude, en rapprochent, découle la notion d'une prophylaxie à renforcer d'autant plus au point de vue social que les moyens médicaux sont déficients. Comme le rappelaient récemment Lépine et J. Levaditi (1) les pulvérisations nasales ne protègent pas contre tout ce qui contamine par voie digestive. Le pis est que les produits pulvérisés puissent léser la muqueuse qu'ils devraient protéger.

Il est plus utile et ce, dès le début, non seulement de repérer avec précision les cas évidents, mais surtout de dépister dans l'entourage des malades les malaises faussement bénins et renforcer les mesures d'isolement, d'éviction scolaire et balnéaire, de désinfections diverses, désinfection des excréta de toute espèce surtout, en poussant les choses aussi loin que le permettent le moment et les ressources individuelles et locales.

On a cru remarquer aussi l'influence de la fatigue physique sur l'éclosion et la gravité des cas. En temps d'épidémie donc, ce n'est pas seulement l'école et le cinéma qu'il faut fermer, c'est la piscine, c'est plus encore le bain en étang ou en rivière ; c'est aussi le surmenage sportif qu'il faut éviter en mettant pour quelque temps au silence les slogans les plus persuasifs sur l'amélioration physique des jeunes.

Si relative que soit l'efficacité de ces mesures elles ne le cèdent pas comme valeur protectrice aux sérums humains du passé le plus chargé.

(1) Académie de Médecine, 19 octobre 1943.

Le diagnostic chimique des avitaminoses, techniques actuelles, par MM. Paul Meunier et Yves Raoul. Préface du Prof. Javillier, membre de l'Institut. Un vol. gd in-8° de 159 pages, cartonné. Prix : 60 francs. Masson et Cie, éditeurs.

La plèvre, mécanismes normaux et pathologiques, par A. Policard et P. Galy. Un vol. gd in-8° de 126 pages. Prix : 60 francs. Masson et Cie, éd., Paris.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 9 novembre 1943

Rapports. — M. Lesné, au nom de la *Commission du Lait* lit un rapport sur le lait actinisé. La commission ne considère pas ce lait comme un aliment, mais comme un médicament. Il ne devra donc être délivré que sur une ordonnance médicale.

M. Fabre, au nom de la *Commission des Toxiques* lit un rapport sur l'emploi d'arsenic métalloïdique dans les produits destinés à tuer les mouches.

Hérédo-dégénérescence spinocérébelleuse. — MM. Guillain et Grossiord apportent une communication sur une maladie familiale montrant la transition entre la maladie de Friedreich, l'hérédo-ataxie cérébelleuse et la paraplégie spasmodique familiale : l'hérédo-dégénérescence spino-cérébelleuse.

Discussion : M. Lhermitte.

Les sels de thallium comme raticides. — M. Danzel. Présentation faite par M. Perrot.

Discusion : M. Gabriel Petit.

Election. — MM. Carrière (de Lille) et Favre (de Lyon) sont élus correspondants nationaux dans la 1re division (médecine).

Séance du 16 novembre 1943

Notice. — M. Ramon donne lecture d'une notice nécrologique sur M. Marchoux.

La lutte contre les rats. A propos du procès-verbal. — M. Perrot. — La communication de M. Danzel sur *l'emploi des sels de thallium* attire de nouveau l'attention sur les substances toxiques que la lutte contre les ennemis ou rongeurs de l'agriculture répand de plus en plus dans le public, augmentant sans cesse les chances d'empoisonnements dus surtout à la négligence et qui sont périodiquement signalés par la presse.

Aucune des prescriptions législatives ne sont suivies et il faut sans doute accuser leur incompréhension des conditions de répartition qui, trop sévères et trop paperassières, sont en fait absolument inopérantes.

Les insecticides et les poisons destinés à détruire les animaux nuisibles ne sont pas des médicaments et leur préparation comme leur distribution doivent être régies par un statut spécial. Il faut réviser les textes actuels et fixer les responsabilités :

1° La dénaturation des substances toxiques doit incomber à l'industrie productive ;

2° La préparation des ingrédients sous la forme destinée au public, comme pour les spécialités pharmaceutiques, ne devrait être faite que sous le couvert du diplôme de pharmacien et soumise au contrôle des inspecteurs en pharmacie ; ces préparations entreposées par des non-pharmaciens, des marchands de produits chimiques, négociants spécialisés, coopératives agricoles, on devrait exiger de ceux-ci une licence spéciale les soumettant à un certain contrôle en vue de loger ces ingrédients dans des salles ou armoires fermées, sans aucune promiscuité avec les denrées alimentaires destinées à l'homme ou aux animaux domestiques.

La question sera soumise à une commission composée de MM. Tanon, Urbain, Haissey, Fabre, Milian, Petit.

Rapport. — M. Rist lit un rapport sur les travaux concernant la lutte antituberculeuse pendant l'année 1943.

Influence de l'ingestion de levures sur le taux du glutathion sanguin. — M. Binet et Mlle Bonnet.

Eczéma solaire. Le problème de la diffusion dans les régions non isolées. — MM. Gougerot et de Gracianski.

Election. — M. Hermann (de Lyon) est élu correspondant national dans la 4e division (sciences biologiques).

Séance du 23 novembre 1943

Rapport sur les maladies infectieuses et contagieuses en France en 1942. — M. Tanon. — La situation sanitaire reste bonne dans l'ensemble malgré une augmentation de la fièvre typhoïde et de la diphtérie. La plupart des autres maladies ont diminué, en particulier la méningite cérébrospinale, la poliomyélite, la mélitococcie, laquelle ne s'est maintenue que dans les départements du Midi, la Corse, mais elle semble s'étendre dans la région pyrénéenne à cause de l'abatage clandestin des bovidés et des caprins.

La variole reste rare malgré 57 cas à Paris dûs à une importation. Pour le typhus exanthématique on ne relate que 15 cas à Paris et dans les départements, chez des malades arrivés récemment du Maroc ; il n'y a pas eu d'extension.

Pour la fièvre typhoïde, l'augmentation est assez régulière depuis l'année dernière, mais les formes à Eberth sont devenues proportionnellement moins fréquentes et les formes à Para B plus nombreuses. Elle a sévi surtout dans les centres urbains. La cause de cette recrudescence est la consommation des légumes crus insuffisamment lavés.

La diphtérie n'a fait que continuer l'ascension qu'elle avait accusée l'année dernière.

Des recommandations sont faites pour que les vaccinations antidiphtériques soient multipliées.

Rapport sur les vaccinations et revaccinations pratiquées en France, pendant l'année 1942. — M. H. Bénard.

Le mal de Pott cervical mélitococcique. — MM. L. Rimbaud, P. Lamarque et H. Serre (Montpellier) (présentation par M. Lereboullet). — Le mal de Pott mélitococcique, décrit en 1933 par deux des auteurs, d'abord vivement discuté, a acquis droit de cité dans la pathologie articulaire. Il s'agit ici de deux observations d'ostéo-arthrite cervicale, localisation exceptionnelle dans la brucellose. Les analogies cliniques et radiologiques avec la tuberculose vertébrale sont telles que la confusion est inévitable si les notions étiologiques et les nuances symptomatiques signalées dans cette étude ne viennent, associées aux données de laboratoire, préciser la nature de la maladie.

Dans la mélitococcie la guérison est alors facilement acquise sans ankylose par le traitement anti-infectieux aidé d'une courte immobilisation.

Les applications biologiques des radioéléments artificiels. — M. Joliot. — Ce sujet appartient à un domaine déjà vaste : la physique nucléaire appliquée, dont l'origine remonte peu après la découverte du radium par Pierre et Marie Curie, en 1898. C'est, en effet, en observant les brûlures accidentelles provoquées par la manipulation du radium que fut reconnue l'action biologique des rayons X. De même, les premiers chercheurs qui travaillèrent avec les rayons X virent rapidement que la peau pouvait être lésée par cet agent. Ces effets furent aussitôt étudiés par les médecins, biologistes et physiciens et bientôt se développa l'emploi thérapeutique des radiations sous les noms de Roentgen et Curiethérapie.

Dans ces dernières années, la découverte des rayonnements de neutrons ainsi que celle des radioéléments artificiels fournirent de nouveaux modes d'action sur les organismes vivants et de fécondes méthodes d'investigations des processus physiologiques.

L'auteur fait un magistral et très complet exposé de la question.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 3 novembre 1943

Iléus spasmodique. — MM. Mondor et Olivier.

Kyste hydatique calcifié de la queue du pancréas, associé à un ulcère pylorique. Gastrectomie. Kystomie. Guérison. — M. Prat. (Rapport de M. Patel.)

Lithiase rénale par mutation calcique au cours de l'évolution d'une ostéomyélite ayant entraîné une importante décalcification osseuse. — M. Herbert. — M. Couvelaire, rapporteur.

Perforation du grêle. Premier symptôme d'une fièvre paratyphoïde B. Guérison. — MM. Lapeyre et Gros. Rapport de M. Cadenat.

Résection des splanchniques droits pour un syndrome abdominal douloureux diffus. — MM. Froelich et Buck. M. Wilmoth, rapporteur.

A propos du traitement des hernies crurales et inguinales étranglées avec gangrène de l'intestin. — M. Sénèque rapporte les résultats de sa statistique et estime que les résultats dépendent de la précocité de l'intervention.

La résection diaphysaire précoce dans le traitement de l'ostéomyélite aiguë. — (Statistique intégrale des cas opérés entre 1924 et 1938.)

M. Leveuf rapporte les résultats de 23 cas suivis depuis plus de 5 ans. Lorsque la résection est faite secondairement, selon les règles, les résultats sont bons ; par contre, dans la résection primitive faite à l'aveugle les résultats sont bien moins favorables : persistance de la température, lenteur ou absence de la régénération, reprise ultérieure de l'ostéomyélite.

Fibrome de l'estomac. — MM. Seillé et Wetterwald.

Prolapsus muqueux 25 ans après une opération de Baldwin-Mory pratiquée pour absence congénitale de vagin. —MM. P. Brocq et Poilleux.

Séance du 10 novembre 1943

La réaction d'allergie provoquée chez l'animal tuberculisé par injection sous-cutanée de sérum sanguin. — MM. Barge et Bourgain. Rapport de M. L. Bazy.

Apparition de sarcomes de la langue consécutifs à des traitements par le radium. Quatre cas. — MM. Roux-Berger, Gricouroff rapportent ces observations et insistent sur la nécessité de surveiller très longtemps les malades traités par radiumpunctur ; une biopsie est indispensable pour établir le diagnostic.

Un cas d'iléite chronique segmentaire et terminale. — MM. Oberlin, Cl. Rouvillois et Bulliard apportent cette observation qui comporte un intéressant examen histologique.

M. Quénu a observé un cas analogue.

M. Richard montre que l'iléite peut être de nature tuberculeuse.

M. Redon rapporte une observation d'iléite terminale à forme tumorale.

Choc, hémorragie, asphyxie. — Présentation d'un film par M. L. Binet.

Ablation des corticales surrénales et les effets physiologiques de la cortine. — Film sonore présenté par M. Bargeton.

Invagination iléo-colique. — Présentation de pièce. M. Thomeret.

Volvulus du sigmoïde. — Présentation de radiographie. M. Moulonguet.

Séance du 17 novembre 1943

La chirurgie sous les tropiques ; projet de conditionnement d'un groupe chirurgical. — M. Letac. Rapport de M. Roux-Berger.

Occlusion post-opératoire et entéro-anastomose. — M. Courriadès. — M. R. Bernard, rapporteur.

Sur le traitement de l'ostéomyélite aiguë par la résection diaphysaire. — M. Richard montre qu'en cas de pseudarthrose la réparation par greffe s'effectue avec facilité.

M. Leveuf reste fidèle au retard de l'intervention qu'il proportionne aux lésions rencontrées ; l'os réagit avec vigueur contre l'infection et se défend mieux que les parties molles avoisinantes. Il convient donc de respecter les défenses naturelles de l'organisme.

M. Fèvre a eu à se féliciter du traitement iodo-sulfamidé associé à l'immobilisation.

Le traitement chirurgical des symphyses du péricarde. — M. Santy rapporte sept observations personnelles. Il insiste sur le danger pleural, sur les modifications morphologiques que l'on observe après l'opération chez l'enfant.

Séance du 24 novembre 1943

A propos du traitement des ostéomyélites aiguës. — M. L. Bazy.

Une technique simplifiée de fermeture du moignon duodénal dans la gastrectomie : la ligature simple sans enfouissement après écrasement. — MM. Fabre et Gasné. Rapport de M. Wilmoth.

Endométriome du mésosalpinx. — M. Baillis. Rapport de M. Redon.

Le brochage intramédullaire des fractures de la clavicule. — MM. H. Godart, J. Leveuf.

MM. Rudler, Brocq, Wilmoth, Merle d'Aubigné, Sicard ont utilisé avec succès ce procédé.

Absence congénitale de vagin. Résultats comparatifs de l'opération de Baldwin-Mori et des greffes cutanées. — MM. A. Sicard, Germain et M. Lamy ont opéré quatre malades dont trois par le procédé des greffes cutanées pédiculées qui leur a donné d'excellents résultats.

M. Ombrédanne rapporte trois observations opérées par le même procédé à lambeaux cutanés avec d'excellents résultats. Mais il insiste sur l'instabilité des caractères psychiques tertiaires de ces sujets.

M. Baumgartner reste favorable au Baldwin-Mori.

Election. — Sont élus membres correspondants de l'Académie : MM. Mallet-Guy, Bergouignan, Barge, Querneau, Chavannaz, Dupont et Rochet.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 29 octobre 1943

Pneumothorax spontané bilatéral. Complication imprévue des alertes. — MM. Pruvost et Godlewski. — Observation d'un homme de 45 ans ayant eu, à la suite d'une émotion violente provoquée par le tir de la D. C. A., un pneumothorax spontané à gauche qui se résorbe en un mois. Il présentait une tuberculose ancienne du sommet droit. On tenta un pneumothorax thérapeutique de ce côté. Huit jours plus tard, nouvelle alerte, émotion, pneumothorax droit. Résorption rapide sans complication.

Un cas de grande hypotension orthostatique. — MM. Goumel et Marot. — Troubles consistant en perte de connaissance survenant le matin, dus à la chute de la tension tombant de 14-9 en décubitus à 8-5 et 7-5, après un effort, la fréquence du pouls restant invariable : tension redevenant normale dès que le malade est à terre. Il doit s'agir d'une baisse du tonus veino-presseur, le défaut d'accélération du pouls étant dû au défaut d'intervention d'un centre régulateur de la tension.

L'injection intraveineuse de novocaïne au cours des comas prolongés consécutifs à l'intoxication oxycarbonée. — MM. Justin-Besançon et Cl. Laroche ont tenté la même thérapeutique que les neurochirurgiens, à savoir l'injection intraveineuse de novocaïne. Sur 16 comas, 4 se sont dissipés très vite. Dans 12 cas, la méthode n'a pas eu d'effet immédiat. Aux cas de syndromes postopératoires ou dans les séquelles comateuses de l'intoxication oxycarbonée, une action vasculaire ou neurovégétative centrale est probable.

Coma oxycarboné avec hyperthermie prolongée. Etude anatomo-clinique. — MM. Justin-Besançon, Ivan Bertrand et F. Pergola. — Observation d'une jeune fille morte huit jours après une intoxication oxycarbonée, sans être sortie du coma, avec température constante entre 40° et 41°. A l'examen des centres nerveux on découvrit : 1° un ramollissement bilatéral et symétrique du globus pallidus ; 2° des lésions profondes des noyaux de la région infundibulo-tubérienne ; 3° une dégénérescence massive de l'olive et des parolives ; toutes lésions ayant conditionné une hyperthermie d'origine centrale.

Ostéopathie de famine et ostéose fibrokystique type Recklinghausen. — MM. de Sèze, Rickewaert, Monnié et Labey. — Malade de 72 ans atteint d'ostéopathie d'origine carentielle rappelant la maladie de Recklinghausen, mais s'accompagnant d'hypocalcémie, d'hypocalciurie et d'un bilan calcique positif. Carence calcique alimentaire évidente. Guérison par traitement calcique et vitamine D_2. Il faut chercher l'explication de ces faits dans l'hypertrophie parathyroïdienne secondaire à la carence calcique. Le traitement de la carence guérit l'ostéose.

SÉANCE DU 5 NOVEMBRE 1943

Un nouveau cas de mort au cours d'un accès d'asthme. Examen anatomopathologique. — MM. PASTEUR VALLERY-RADOT, G. MAURIC, Mlle P. GAUTHIER-VILLARS et M. DOMART rapportent un cas de mort au cours d'un accès d'asthme. Les constatations anatomiques mettent en évidence un élargissement des bronches de tout calibre, une infiltration du chorion de la muqueuse par des cellules éosinophiles et une obstruction de la lumière bronchique par du mucus contenant de nombreux éosinophiles.

Erythème du 9e jour chez une asthmatique traitée par un antihistaminique de synthèse. — MM. J. DEGOURT et R. GORIN. — Une asthmatique reçoit chaque jour six comprimés d'antergan (2339 RP.). Le 8e jour ascension thermique à 39°3 et le lendemain éruption généralisée, morbilliforme, devenant prurigineuse. Il s'agit d'accidents dits du 9e *jour*, communs au cours des chimiothérapies. Dans des conditions semblables, chez deux asthmatiques, les auteurs virent apparaître de l'urticaire.

Leptospirose à Leptospira grippo-typhosa. F. méningorénale avec complications oculaires tardives. — MM. Fernand BENOIST, Mme Erter KOLOGHINE, MM. P. JOURDY, J. SGLAFER et J. LORRIN. — Jeune homme de 21 ans, présentant un syndrome méningorénal quinze jours après s'être baigné dans un étang de Seine-et-Marne.

Le séro-diagnostic s'est révélé positif pour la leptospirose grippotyphosa. Après une huitaine de jours, convalescence. Six mois après il présente une irido-choroïdite gauche qui guérit complètement sous l'influence d'un traitement symptomatique et bismuthique.

A propos d'une tumeur pseudokystique du médiastin. Pneumothorax et pleuroscopie. Diagnostic préopératoires. — MM. RIST, ROUX-BERGER, Mmes BLANCHY, ROUX-BERGER. — Observation recueillie à l'occasion des dépistages systématiques de la tuberculose. dans les lycées. — Jeune homme de 19 ans présentait une ombre volumineuse faisant saillie dans le médiastin antérieur. Après deux ans, le jeune homme fut hospitalisé. Le pneumothorax artificiel suivi de pleuroscopie fait préciser la nature de la tumeur. Il s'agissait d'un pseudo-kyste contenant un liquide chatoyant à cristaux de cholestérine dû au ramollissement de la tumeur. Guérison après extirpation. Histologiquement, cellules d'aspect néoplasique infiltrant un tissu lymphoïde.

Septicémie staphylococcique mortelle déclenchée par une injection de propidon. — M. FLANDIN.

SÉANCE DU 12 NOVEMBRE 1943

Ictère catarrhal à Leptospirose grippo-typhosa. — MM. PERRAULT, VIGNALOU et Ch. SORS. — La nouvelle leptospirose, L. grippotyphosa a une affinité médiocre pour le foie. Les auteurs ont pu observer un ictère catarrhal dont le tableau clinique s'est révélé imputable à L. grippo-typhosa. La nouvelle leptospirose doit prendre place aux côtés de la leptospirose ictéro-hémorragique dans le cadre si touffu de l'ictère dit catarrhal.

Deux cas d'ostéopathie de famine. — M. DE GENNES. Chez deux jeunes filles vivant dans les mêmes conditions et soumises aux mêmes restrictions : chez l'une, lésions classiques d'ostéoporose portant surtout sur les vertèbres. Chez l'autre, effondrement d'une seule vertèbre et 14 fractures décelées par l'examen radiographique systématique du squelette. Guérison brillante par calcium et vitamine D.

Intolérance au 2239 RP. — M. F. COSTA, J. BOYER et M. MORIN relatent trois cas d'intolérance retardée survenant vers le neuvième jour : dans l'un d'eux seulement existait une éruption cutanée ; dans les deux autres les accidents se limitaient à une poussée fébrile. Chez un quatrième malade, l'intolérance fut immédiate, l'accès fébrile suivit immédiatement la première absorption de médicament.

Pseudo-sciatique et maladie de Hogdkin. — MM. DE SÈZE et ORDONNEAU. — Chez un malade adressé pour « sciatique rebelle » la radiographie montra, sur l'ischion droit, des altérations simulant un cancer osseux. On constata de petits ganglions cervicaux dont la biopsie permit d'établir le diagnostic de maladie de Hogdkin. La radiothérapie fit rapidement cesser les douleurs. L'aspect radiologique des lésions peut donner lieu à des erreurs de diagnostic.

Trois observations d'ostéopathie de famine réalisant le syndrome de Looser, dit de Milkmann. Guérison complète par le traitement calcium-phosphore-vitamine D. — MM. DE SÈZE et MONNIÉ. — A propos de ces trois cas, les auteurs insistent :

Sur le rôle de la carence alimentaire, beaucoup plus importante que la carence lumineuse ;

Sur l'association fréquente avec d'autres aspects de l'ostéopathie de carences, tels que déformations ostéomalacique du bassin, ostéoporose rachidienne ;

Sur les résultats extrêmement brillants du traitement spécifique par calcium, phosphore et vitamine D donnés à très fortes doses pendant un temps suffisamment prolongé.

Maladie de Besnier-Boeck-Schaumann. — MM. LAMY et TUBIAF, Mlle JAMMET et M. SCHWEISGUTH. — Observation d'une enfant de 13 ans chez laquelle les auteurs ont assisté à l'éclosion, au développement et à la guérison d'une maladie de Besnier-Boeck.

L'enfant a guéri complètement, sans aucune thérapeutique.

Les auteurs admettent que les lésions histologiques sont si semblables à celles de la tuberculose qu'il est souvent impossible de les distinguer. Il ne s'ensuit pas que la nature tuberculeuse puisse être acceptée ; la réponse négative de toutes les épreuves tuberculiniques le prouve.

Traitement de la gangrène pulmonaire par les sels d'or. — M. René BENARD. — L'auteur traite la gangrène et les suppurations putrides du poumon par la chrysothérapie. Statistique portant sur 23 cas. Dans la totalité de ces cas, l'odeur gangréneuse de l'haleine ou de l'expectoration disparaissent : médication sans aucun accident, paraissant en plus avoir un influence heureuse sur l'évolution de l'affection.

A propos de la communication précédente, M. Poumailloux rapporte qu'il a eu l'occasion d'utiliser les sels d'or dans les abcès pulmonaires fétidès et de constater son action désodorisante constante, qui se manifeste quel que soit le type clinique ou bactériologique de l'abcès.

SOCIETE DE PEDIATRIE

SÉANCE DU 16 NOVEMBRE 1943

Maladie de Riga chez deux jumelles. — MM. ROSSIER, DEGHAUME, GAVOIS et LANGE ont constaté l'apparition simultanée chez deux jumelles de six mois, lors de l'éruption des premières dents, d'une ulcération de la face inférieure de la langue, à tendance extensive et nécrosante, aboutissant à l'amputation de la pointe. Il n'y avait ni adénopathie, ni signes généraux d'infection, ni modifications sanguines. Cette affection est en rapport certain avec le traumatisme dentaire, mais beaucoup de ses caractères demeurent difficiles à expliquer.

Hématémèses récidivantes et hypotrophie grave chez deux nourrissons. — MM. LELONG et ROSSIER.

Nouveau cas d'imperforation du conduit auditif externe avec aplasie du pavillon. Résultats opératoires. — M. M. OMBRÉDANNE.

Stéatose pulmonaire. — MM. LAMY, MIGNON, Mlles JAMMET et DOUMIG présentent une enfant de 12 ans chez qui on constata, au cours d'un examen radiologique, l'existence de plages opaques, denses, de contours irréguliers, disséminées dans les deux poumons, mais prédominant à la base droite. Cette enfant avait reçu cinq ans plus tôt des injections intratrachéales d'huile éphédrinée. Les auteurs soulignent la nocivité de cette thérapeutique.

Briéveté des muscles et inélasticité de la peau (syndrome de Hallé) chez un enfant de 12 ans dyschendroplasique. — M. LEVESQUE.

Maladie de Still et sulfamides. — MM. CLÉMENT et COMBES-HAMELLE présentent une fillette de 12 ans dont la maladie de Still, en évolution depuis trois ans, a été arrêtée et fonctionnellement guérie par la sulfamidothérapie. Arthropathies et adénopathies disparurent dès le premier traitement ; trois autres cures ont complété le résultat et il ne reste comme séquelles qu'une légère tuméfaction péri-articulaire, une légère leucocytose et une sédimentation un peu élevée.

Convulsions de l'enfance et électroencéphalographie. — M. HEUYER, Mme DAUPHIN et M. RÉMUSET.

CHRONIQUE

A propos des « Confessions d'un vieil homme du siècle »

Souvenirs du temps et de l'espace

par M. le Professeur Charles ACHARD (1)

Le volume que M. Achard a bien voulu m'adresser débute, comme un livre de raison, par des souvenirs de sa très ancienne famille puis par des recherches fort intéressantes sur l'origine de son nom et sur la curieuse répartition en France des familles Achard.

Il continue comme un journal intime et charmant, recueil des impressions d'enfance de l'auteur et de ses souvenirs de jeunesse et de l'âge mûr.

Le récit des voyages de M. Achard occupe enfin les trois quarts du volume. D'une plume alerte, l'auteur nous raconte les incidents pittoresques de son exploration du monde, car c'est bien le monde entier que M. Achard a visité longuement à de nombreuses reprises. Quelques-uns de ses contemporains qui le considéraient comme un homme paisible et peut-être casanier découvriront avec surprise la résistance à la fatigue de celui qui fut partout l'incomparable ambassadeur de la science et de la pensée françaises. Et ils admireront avec quelle simplicité ou avec quel art, le Maître nous apprend, sans avoir l'air d'y toucher, tant de choses sur le rayonnement de notre cher et malheureux pays.

Les souvenirs d'enfance de M. Achard nous ramènent à l'époque brillante de la fin du Second Empire. En 1867, ses parents habitaient rue Basse-du-Rempart, dans ce quartier de l'Opéra que le baron Haussmann était en train de créer. Sa maison était en contre-bas à l'angle du boulevard, à peu près à l'endroit où s'élève le Vaudeville. L'auteur avait sept ans, un âge où déjà se fixent les souvenirs. Comment les défilés des Souverains venus pour l'Exposition n'auraient-ils pas frappé sa jeune mémoire ?

Puis c'est la guerre de 1870 et le siège de Paris. Les détails que nous donne M. Achard sur les provisions que les bonnes ménagères accumulaient en vue du siège sont hélas toujours d'actualité. Il nous rappelle que le marché noir commençait déjà à se manifester. Mais le siège ne dura que trois mois et le ravitaillement de Paris se rétablit avec une rapidité que nous pourrions envier maintenant.

Le séjour au Lycée Condorcet de M. Achard lui permit d'avoir des camarades dont quelques-uns, comme René Doumic, arrivèrent à la célébrité.

Le goût de M. Achard pour l'hellénisme, goût qu'il a conservé toute sa vie, s'affirmait déjà. Il nous raconte qu'il fut un jour l'un des acteurs d'une représentation d'un drame de Sophocle, en grec.

Une brillante assistance vint l'applaudir. Il y avait là M. Wallon, ministre de l'instruction publique, que l'on surnomma plus tard le Père de la Constitution, car c'est son vote qui détermina l'adoption de la Constitution de 1875. Il y avait encore dans l'assistance M. Egger, l'illustre helléniste, grand-père de notre ami, le Professeur Pierre Lereboullet.

La vocation médicale de M. Achard fut déclenchée par son penchant pour l'histoire naturelle et par la lecture providentielle de l'anatomie descriptive de Sappey. Son père, à vrai dire, aurait voulu le diriger vers l'Ecole Centrale. La brillante carrière de M. Achard montre que le plus affectueux et le plus tendre des orienteurs peut parfois se tromper.

Le jeune Achard commence donc ses études médicales. Il se lie intimement avec Jeanselme qui devait être son plus cher et plus fidèle ami, et aussi avec M. Hartmann en qui il trouve un guide aussi affectueux qu'averti.

Les souvenirs que rapporte M. Achard sur ses études sont d'un intérêt très vif. Il nous parle de ses premiers maîtres : le Professeur Léon Lefort, grand chirurgien, dont Lejars fut le gendre et le plus brillant des disciples, puis Tillaux, Würtz qui lui fait une très profonde impression. Chemin faisant, M. Achard raconte des anecdotes amusantes, notamment sur la façon dont le Professeur Baillon faisait passer les examens de botanique. A la condition de ne pas répondre aux questions de l'examinateur on avait des chances d'être reçu.

Après avoir été l'externe de Dujardin-Beaumetz et de Duplay, M. Achard arrive à l'internat. Jules Voisin, Debove, Lannelongue, Joffroy sont ses maîtres. Debove, en vue de sa préparation à l'agrégation donna un jour à M. Achard le conseil de prendre des leçons de diction. Son maître en déclamation fut Albert Lambert père. Celui-ci était alors le grand tragédien classique de l'Odéon, sous la prestigieuse direction de Porel. Albert Lambert père avait à ses côtés, à l'Odéon, son fils qui devint plus tard l'éminent doyen de la Comédie française.

Je ne sais si M. Achard avait besoin alors de prendre des leçons de diction, j'en doute comme tous ceux qui ont entendu, au moment du Centenaire de l'Académie, le Maître prendre la parole pour de très nombreux discours, allocutions, toasts ou harangues. Chaque fois ce fut un feu d'artifice plein d'esprit et d'à-propos, et toujours la diction de l'orateur fit mon admiration. On a peine à croire qu'il fut autrefois timide comme il veut bien le dire.

Après Debove, M. Achard eut comme chef le Professeur Lannelongue. Il était attiré certainement plus par le laboratoire que par la chirurgie. Lannelongue avait, en effet, entrepris des recherches sur l'ostéomyélite et M. Achard poursuivit l'étude du pus d'ostéomyélite. On lui en apportait de tous les hôpitaux de Paris. J'ai eu souvent l'occasion, alors que j'étais externe de Le Dentu, de porter à M. Achard des prélèvements faits à Necker.

Avec Joffroy, M. Achard va à Bicêtre. Il faut lire ses souvenirs sur le vieil hôpital, sur la curieuse population du Kremlin à l'époque où, comme ses collègues de la salle de garde de Bicêtre, il était le médecin des forains.

Puis arrivent les grands concours, l'agrégation, les hôpitaux, le professorat, enfin la vie professionnelle si riche en leçons lorsqu'on mène à la fois la vie du praticien et celle du consultant comme fut obligé de le faire M. Achard. Que de souvenirs mériteraient encore de retenir notre attention ; respectons-les, même lorsque l'auteur avec une infinie délicatesse nous entr'ouvre la porte de son jardin secret.

La deuxième partie des Confessions est consacrée aux voyages. Tout jeune étudiant, M. Achard avait, avec Jeanselme, avec M. Hartmann, fait de longs voyages à pied dans les Vosges, en Alsace, à l'étranger même. Dès qu'il le put, il visita plus à loisir les pays voisins du nôtre. Ce n'était qu'un commencement.

Pendant les vingt dernières années, des congrès ou des missions scientifiques l'appelèrent chaque année dans les pays les plus éloignés : les deux Amériques, l'Orient, les glaces arctiques où il retrouva Jean Charcot, l'Extrême-Orient, Madagascar, l'Afrique du Nord, l'A.-O. F., l'Afrique équatoriale, la Guyane...

Parmi tous ses récits, ceux de ses voyages en Grèce et dans les pays du Proche-Orient rappellent par leur ferveur les meilleures pages de Châteaubriand.

Il faut les lire et profiter des enseignements que nous prodigue le Maître avec une clairvoyance bien remarquable.

Les voyages de M. Achard ne furent pas toujours de tout repos. Un jour son bateau échoua, sans grand dommage, heureusement. Un autre jour un coup de mer envoya le Maître contre un bastingage. Il eut une fracture de l'humérus et philosophiquement il se rappela cette phrase de Pascal : « Tout le malheur des hommes vient d'une seule chose qui est de ne pas savoir demeurer en repos dans une chambre. Un homme qui a assez de bien pour vivre, s'il savait demeurer chez soi avec plaisir, n'en sortirait pas pour aller sur mer ou au siège d'une place... »

M. Achard a écrit quelque part que la retraite professorale a ses joies.

Après avoir lu et relu son beau volume, nous devons le remercier très respectueusement d'avoir bien voulu nous les faire partager.

F. L. S.

(1) Un vol. de 430 p. Le Mercure de France.

Comment l'intoxication alcoolique est-elle héréditaire ?

M. d'Heucqueville exposait naguère aux lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux* sa conception de la tuberculose héréditaire, conception d'Hippocrate et de Trousseau rajeunie (1).

Le même auteur décrit aujourd'hui, dans un petit livre d'enseignement médical élémentaire (2), ensemble l'hérédoalcoolisme, l'hérédosyphilis et l'hérédotuberculose : il leur applique les lois universelles de l'hérédité et en déduit le pronostic et le traitement de chaque cas.

Voici, selon lui, comment l'alcool que le père boit en excès atteint le fils :

L'alcoolisme attaque, avec prédilection, les cellules du germen, des testicules et des ovaires, les spermatozoïdes et les ovules.

La graisse envahit le testicule. Les spermatozoïdes se déforment et perdent leur vivacité.

Chez le buveur, ces altérations s'aggravent d'année en année, à mesure que l'imprégnation devient profonde et plus ancienne ; aussi, dans une famille de père alcoolique, les enfants apparaissent-ils de plus en plus dégénérés de l'aîné au dernier, puis survient-il des morts-nés et des avortements.

Dans un pays comme le nôtre, où la plupart des travailleurs manuels sont plus ou moins alcooliques, on doit craindre que tout père de plus de quarante ans ne donne naissance à un enfant dégénéré : au contraire la descendance des pères très jeunes, de moins de vingt ans, sera-t-elle d'ordinaire saine.

Dans l'ovaire des femmes alcooliques, l'alcool cause aussi de graves délabrements : imprégnant l'ovule, il le rend parfois inapte à la fécondation.

Et, quand bien même l'enfant conçu ne recèlerait ni chromatine paternelle ni maternelle dé-

(1) *Conception de la tuberculose héréditaire, Gazette des Hôpitaux*, p. 70, 1-3-1943.

(2) *Plus d'enfants dégénérés*, 1 vol. in-16, Hachette 1943, 69 fig., 24 francs.

générée, l'enfant ne serait-il pas encore à l'abri de la dégénérescence par l'alcool.

Que la femme enceinte s'enivre, en effet : l'alcool filtrera à travers le placenta pour l'intoxiquer.

Après la naissance, que la nourrice s'enivre : l'alcool envahira le lait et stupéfiera l'enfant ; nombre d'enfants périssent étouffés ainsi par leur nourrice à la faveur d'une commune ivresse.

On a intoxiqué au laboratoire, par l'alcool en vapeur, des œufs de pigeon, des rats, des cobayes, des chiens : il en est résulté des morts-nés et des sujets dégénérés, comme, par exemple, les petits chiens rabougris qu'on élevait à l'intention des élégantes de Vienne.

Le savant suisse Bezzola note que, sur 20.000 idiots recensés, 10.000 avaient été conçus à l'époque de fêtes populaires : le père et la mère étaient sans doute ivres au moment de la fécondation.

Aussi les lois de Carthage défendaient-elles aux époux de se réunir le lendemain des noces.

L. G.

LIVRES NOUVEAUX

Précis d'anatomo-physiologie normale et pathologique du système nerveux central, deuxième édition, revue et corrigée. Publiée sous le patronage du Professeur Jean Lhermitte, par Pierre Masquin (d'Avignon), ancien chef de clinique de la Faculté de Paris, et J. O. Trelles, professeur agrégé à la Faculté de Lima (Pérou). Un volume grand in-8° de 600 pages avec 190 figures en noir et en couleurs dans le texte. Gaston Doin, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e). Prix : 265 francs.

Le succès remporté par la première édition de ce magnifique ouvrage, tant en France qu'à l'étranger, a vite rendu nécessaire sa réimpression. Seuls les temps difficiles que nous traversons en ont retardé la publication.

Les nombreuses marques d'approbation qu'avait suscitées la première édition ont confirmé dans l'esprit des auteurs l'utilité de réunir dans une même étude, en neurologie surtout, l'anatomie et la physiologie pour expliquer la clinique.

Les perturbations ne sauraient être bien saisies qu'à travers la connaissance du jeu normal du mécanisme et de la structure des rouages.

Aussi le plan de cet ouvrage est-il resté le même ; mais de nombreuses retouches ont été apportées à différents chapitres.

L'iconographie a été enrichie ; enfin le Professeur Lhermitte a bien voulu rédiger un chapitre sur les phénomènes bio-électriques du cerveau et l'électro-encéphalogramme.

Il n'est pas douteux que ce précis, ainsi remanié et mis à jour, conservera la faveur dont avait joui la première édition.

Les applications de la génétique à la médecine, par Maurice Lamy, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades. Un volume in-8° de 144 pages aves 76 figures, 75 fr. Librairie Octave Doin, Gaston Doin et Cie éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

L'étude des faits d'hérédité morbide chez l'homme longtemps abordée d'une façon tout empirique, doit être reprise aujourd'hui sur des bases nouvelles, à la lumière d'une science neuve, la génétique.

Le volume de 144 pages, illustré de 76 figures que M. Maurice Lamy vient de faire paraître, constitue un véritable précis de génétique médicale.

Après avoir donné un exposé des principes fondamentaux du mendélisme, de l'hérédité chromosomique et de la notion de gène, l'auteur étudie successivement les modalités principales selon lesquelles se transmettent les maladies héréditaires.

Plusieurs chapitres sont consacrés à l'étude de mécanismes moins simples, mais dont la pénétration est indispensable à la compréhension de faits d'hérédité morbide souvent fort complexes.

La dernière partie de l'ouvrage traite du rôle respectif qu'il faut attribuer à l'hérédité et au milieu dans le développement des maladies, donne un aperçu des méthodes d'étude dont la médecine dispose et discute du rôle qu'il doit avoir en face d'une maladie transmissible.

L'ouvrage, illustré de nombreux schémas et dessins qui en rendent la lecture attrayante, se recommande à tous ceux, médecins et étudiants, qui sont soucieux de s'initier aux conceptions modernes de la pathologie héréditaire.

La Vocation Médicale de saint Vincent de Paul, par G. Parturier, professeur à la Faculté libre de Lille, in-12, 164 pages. Imprimerie Cartier, 13, rue du Puits-Gaillot, Lyon, 1943.

Dans cet intéressant opuscule, l'auteur montre que, du fait de sa captivité de deux années à Tunis comme esclave chez un médecin renommé, Vincent de Paul avait reçu une formation médicale équivalente sinon supérieure à bien des médecins de son temps. Dans sa vie d'apostolat de la charité ses fondations médicales sont multiples : c'est l'assistance médicale dans les hôpitaux qu'il réforme, à domicile aussi, par les pères lazaristes, les dames et les filles de la charité, dans les campagnes par les missions, puis la fondation de l'Hôpital des Enfants-Assistés, celle de l'Hospice Général pour les mendiants et pour les fous auquel, en vrai psychiatre, il s'intéresse spécialement enfin les œuvres d'assistance des galériens. Il est le vrai fondateur, chez nous, de la médecine sociale et la plupart des œuvres d'assistance qui existent actuellement remontent à ce grand saint qui fut aussi un grand réalisateur.

M. L.

Nation, par Jean Vague. Un vol. in-8° broché. Librairie neuve F. Boyer, Marseille, 1941.

Notre très distingué confrère, le Dr Jean Vague, de Marseille, a bien voulu m'adresser le livre qu'il a publié au lendemain du désastre. Comme beaucoup de Français après une période d'accablement où il était loisible de se recueillir, il s'est livré à un examen de la conscience nationale pendant les années qui ont précédé notre écroulement. Il s'est demandé quel serait notre destin lorsque nous nous serions enfin ressaisis.

Avant d'examiner dans ses détails la situation présente, M. Vague fait un retour en arrière. En historien, en philosophe, en homme de science il entreprend l'étude et la discrimination des valeurs humaines et surhumaines, base de toute civilisation ; il étudie la morphologie des sociétés humaines, il montre l'importance des questions de race, de langue, de culture. Il est amené ainsi à faire l'inventaire du magnifique et lourd héritage français qui conditionnera notre avenir.

Que sera demain pour notre pays ?
Quelle sera sa forme de gouvernement ?
Quelles seront ses institutions ?

Autant de questions qui dépassent le cadre de ce journal. M. Vague les étudie avec une grande hauteur de vues. Son livre est un ouvrage de grande valeur, il montre une érudition peu commune et une compréhension parfaite de toutes les grandes traditions de notre pays.

F. L. S.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.
Imp. Tancrède, Paris - 31.1080 (Autorisation n° 83)



TABLE DES MATIERES
N° 24. — 10 DECEMBRE 1943 116e ANNEE Ce numéro : 2 francs.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT. — Un an : France et Colonies, 75 fr. Etudiants, 40 fr. ; Etranger : 1re zone, 110 fr., 2e zone, 125 fr. Chèques postaux : Paris 2538-76

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

POUR NOS ABONNÉS DE LA ZONE NON OCCUPÉE, adresser renouvellements et toutes communications aux Messageries Hachette, 12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône) Chèques postaux : Lyon 218 (Service Gazette des Hôpitaux)

SOMMAIRE

Bi-hebdomadaire paraissant provisoirement deux fois par mois

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris

Concours de l'Externat (10 décembre 1943). — Jury : MM. les Drs Mahoudeau, Turiaf, Rambert, Brouet, médecins ; Billet, Aboulker, Boudreaux, Cordier, chirurgiens ; Desvignes, ophtalmologiste.

Concours spécial d'assistant d'électro-radiologie (nouvelle formule). — Jury : MM. les Drs Nadal, Thoyer-Rozat, Thibonneau, Ledoux-Lebard, Lomon, Coliez, Guenaux, électro-radiologistes ; Levesque, médecin ; Cadenat, chirurgien.

Concours d'assistant en médecine des Hôpitaux de Paris. — Jury : MM. les Drs Laignel-Lavastine, Courcoux, Baudouin, médecins honoraires ; Hillemand, Chavrol, Stevenin, médecins des hôpitaux ; Oberlin, chirurgien.

Concours d'assistant d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Paris. — Le concours s'est terminé par la nomination de MM. Debain et Loiseau.

Hôpitaux de Province

Montpellier. — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Daudé, Boyer, Pinau, Mlle Girard, MM. Bringer, Bertrand ; Externes en premier : MM. Lagarde, Picard, Izarn, Frey, Pascoël, Mlle Icard.

Nancy. — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes : MM. Henry, Guillaume, Michon, Hutin, De Ren.

Externes en premier : MM. Willig, Tridon, Rémy, Mlle Lienhart.

Le concours de l'externat s'est terminé par la nomination de : MM. Alcan, Jumeau, Jean Marchal, Rauber, Guervin, Bertrand, Schoumacker, Cuirin, Husson, Cabiot, Mlle Brediger, MM. Jean Henry, Herr, Clerc, Cauchois, Kayl, Paul Henry, Delestre.

Faculté de Médecine de Paris

Avis important. — Il est rappelé à MM. les Etudiants que les consignations pour les examens de fin d'année doivent être faites du 3 au 15 janvier 1944.

MM. les Etudiants français qui seraient encore en instance d'exonération de droits scolaires, au titre des familles nombreuses, sont également tenus de s'inscrire à leur examen, dans les mêmes délais, mais à titre provisoire. Ils n'acquitteront les droits d'examen que lorsqu'il aura été statué sur leur demande d'exonération.

Facultés de Province

Bordeaux. — M. Fontan, agrégé de médecine générale, a été chargé provisoirement de la direction de l'ancienne chaire de clinique médicale des maladies des enfants.

Lille. — La chaire de clinique des maladies cutanées et syphilitiques de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de l'Université de Lille (dernier titulaire, M. Bertin, retraité) est déclarée vacante. (*J. O.*, 30 nov. 1943.)

Ecoles de Médecine

Rennes. — M. Guiheneuc, professeur suppléant, est provisoirement chargé de l'enseignement théorique d'accouchement.

Santé Publique

Sanatoriums publics. — M. le Dr Beneau, médecin adjoint au sanatorium de la Tuyolle, à Taverny (S.-et-O.), a été nommé médecin directeur du sanatorium Fenaille, à Séverac-le-Château (Aveyron).

Académie des Sciences

Prix et subventions attribués en 1943 :

Chimie. — Prix Paul Marguerite de La Charlonie. — Un prix de 10.000 fr. est décerné à M. Jean Roche, prof. à la Faculté de Méd. de Marseille, pour ses travaux de chimie physiologique.

Médecine et chirurgie. — Prix Montyon : Troix prix de 2.500 fr. sont décernés : à MM. Marcel Liégeois, médecin inspecteur général, et Roger Sohier, médecin principal, pour leur travail sur le rôle du service de santé au Grand Quartier général dans l'organisation de la prophylaxie, de l'hygiène et de la thérapeutique aux armées de 1939-1940 ; à M. Pierre Nobécourt, membre de l'Académie de Médecine, pour son « Précis de médecine des enfants » ; à M. Georges Stefanopoulo, chef de lab. à l'Institut Pasteur, pour ses travaux sur la fièvre jaune. — Prix Barbier (2.000 fr.). — Le prix est décerné à M. Robert Deschiens, chef de service à l'Institut Pasteur, pour l'ensemble de ses recherches sur les Hypomycètes capteurs de Nématodes. — Prix Bréant. — Un prix de 5.000 fr. est décerné à M. Lucien Balozet, sous-directeur de l'Institut Pasteur de Tunis, pour ses études sur l'anémie infectieuse. — Prix Chaussier (10.000 fr.). — Le prix est décerné à MM. Louis Justin-Besançon, professeur agrégé à la Fac. de Méd. de Paris, et André Lwoff, chef de service à l'Institut Pasteur, pour leur ouvrage intitulé : « Vitamine antipellagreuse et avitaminoses nicotiniques. — Prix Mège. — Un prix de 1.000 fr. est décerné à M. le Dr Georges Barraud pour ses ouvrages intitulés : « La puériculture éternelle » et « L'humanisme et la médecine au XVIe siècle. — Prix du Baron Larrey (1.000 fr). — Le prix est décerné à M. Charles Cot, médecin général du cadre de réserve, pour son ouvrage intitulé : « Ecole pratique du secouriste spécialisé dans les soins aux asphyxiés du temps de paix et aux gazés du temps de guerre ». — Prix Jean Dagnan-Bouveret (15.000 fr.). — Le prix est décerné à M. Pierre Vintemberger, chef de trav. à l'Ecole de Méd. de Clermont-Ferrand, pour l'ensemble de ses travaux d'embryologie expérimentale.

Cancer et tuberculose. — Fondation Roy-Vaucouloux (6.000 fr.). — Les arrérages de la fondation sont attribués à M. Maurice Guérin, chargé de recherches à l'Institut du Cancer, pour ses travaux sur le cancer expérimental. — Prix Louise Darracq (6.000 fr.). — Le prix est décerné à M. René Huguenin, prof. agrégé à la Fac. de Méd. de Paris, pour l'ensemble de ses travaux sur le cancer. — Prix Eugène et Amélie Dupuis (4.000 fr.). — Le prix est décerné à M. Jacques Delarue, prof. agrégé à la Fac. de Méd. de Paris, pour son travail sur « Le traitement des adénopathies du cancer de la langue ».

Physiologie. — Prix Montyon (1.500 fr.) — Le prix est décerné à M. André Strohl, prof. à la Fac. de Méd. de Paris, pour ses travaux et son ouvrage intitulé : « Conductibilité et excitabilité électrique du nerf ».

Prix généraux. — Prix Maujean (1.500 fr.). — M. Georges Lavier, prof. à la Fac. de Méd. de Paris, pour ses travaux sur la distomatose hépatique chez l'homme et sa prophylaxie. — Prix du Général Muteau (20.000 fr). — M. Gaston Muraz, méd. col., pour les résultats qu'il a obtenus dans la lutte contre la maladie du sommeil.

Fonds généraux de recherches scientifiques. — Fondation Loutreuil. — Subventions accordées : 12.000 fr. à M. Justin Jolly, membre de l'Ac. des Sciences, prof. au Collège de France, pour ses études d'embryologie expérimentale et particulièrement ses cultures des ébauches embryonnaires (Rat, Cobayes, Batraciens) ; 8.000 fr. à M. Jean Loiseur, chef de lab. à l'Institut Pasteur, pour ses recherches sur les relations entre la constante diélectrique et la structure des protéines ; 3.000 fr. à M. François Maignon, prof. à l'Ecole nationale vétérinaire d'Alfort, pour ses recherches sur une méthode générale de traitement des maladies microbiennes (tuberculose).

Cours

Collège de France. — Le Professeur René Leriche commencera son cours le lundi 3 janvier, à 18 heures, salle 6, et le continuera les vendredis et les lundis suivants. Le cours portera sur les maladies artérielles dues à la thrombose.

Les deux premières leçons seront consacrées au travail de recherches en chirurgie et à ses conditions.

ORDRE DES MEDECINS

Le Dr Cibrié, coopté par le Conseil National aux dernières élections, vient de donner sa démission de vice-président et de membre du Conseil National.

Le Dr G. Brouardel, représentant de l'Académie de Médecine, a donné sa démission de vice-président du Conseil National.

Nécrologie

Nous apprenons avec une vive peine le décès, à Paris, après une courte maladie, du Dr Eugène Terrien, ancien interne des hôpitaux de Paris (1895), ancien chef de clinique médicale infantile à la Faculté de Médecine, officier de la Légion d'honneur.

Eugène Terrien était le frère du bien regretté Professeur Félix Terrien. Comme son frère auquel l'attachait une tendre affection, Eugène Terrien a donné l'exemple d'une vie entièrement consacrée au travail et au bien. Très estimé par tous ses confrères pour ses travaux en pédiatrie et pour la dignité de son caractère, il ne laisse que des regrets sincères.

Très respectueusement nous adressons à Mme Eugène Terrien l'expression de nos condoléances émues.

Nous apprenons la mort de :

M. le Dr A. Chevallier 114, avenue Mozart, à Paris.

Le Dr Vigne, directeur honoraire du Bureau municipal d'hygiène de Lyon, rédacteur en chef de « L'Avenir Médical ».

— Le Dr Jules-Louis-Joseph Hurez, décédé à Douai le 7 novembre 1943, dans sa 48e année.

— Le Dr Maurice Lemée, chevalier de la Légion d'honneur, décédé à Sabres, à l'âge de 62 ans. Il était le père du Dr Jacques Lemée, de Sabres (Landes).

— Le Dr Paul Bourggraff, décédé à Saulnes, le 3 novembre 1943, dans sa 72e année. Il était le père du Dr Raymond Bourggraff.

Le Professeur P. NOBECOURT

(1871-1943)

Le Professeur P. Nobécourt vient de mourir, à l'âge de 72 ans, dans sa propriété de Louveciennes, après une vie tout entière consacrée au travail.

Il était né le 28 décembre 1871. Après avoir été élève au lycée Henri IV, il commença ses études de médecine en 1889. C'est pendant son externat chez Bouchard qu'il se lia d'amitié avec notre collègue le Professeur Maurice Villaret, qui devait par la suite devenir son beau-frère. Nommé à l'internat en 1895, le quatrième de sa promotion, il fut l'élève de Charrin, de Potain, de Vaquez, de Widal, et enfin d'Hutinel, dont il fut l'un des disciples de prédilection ; ce fut auprès de lui en effet qu'il fit une grande partie de sa carrière hospitalière : il fut son chef de laboratoire aux Enfants-Assistés, puis son agrégé à partir de 1907. Il était nommé médecin des hôpitaux en 1908. Pendant la guerre de 1914-1918, il fut médecin-chef de l'hôpital de contagieux de Besançon, puis de Fismes ; il fut ensuite médecin consultant de la 6e armée. Il reçut alors la croix de la Légion d'honneur et la Croix de guerre.

Il devenait chef de service à la Maternité en 1920 ; mais l'année suivante, lorsque Hutinel prit sa retraite, Nobécourt lui succéda dans sa chaire, et cette élection combla l'un des plus chers désirs de son maître. Il assura l'enseignement de la clinique médicale infantile jusqu'en 1941 : par un touchant retour des choses, Jean Hutinel devint son agrégé, jusqu'au jour où une fin prématurée le sépara de l'élève de son père.

Nobécourt entra à l'Académie de Médecine en 1923. Il était, au moment de sa mort, commandeur de la Légion d'honneur.

On retrouve dans ses travaux l'influence de ses maîtres : Widal lui avait inspiré le souci de la recherche scientifique précise, et Potain et Vaquez le goût de la cardiologie ; mais surtout il se consacra à la pédiatrie. Dans sa thèse, il exposait ses *Recherches sur la pathogénie des infections gastro-intestinales des jeunes enfants*, sujet sur lequel il revenait à maintes reprises, étudiant la flore intestinale, ou mettant en évidence l'augmentation de l'urée dans le sang et le liquide céphalo-rachidien des nourrissons diarrhéiques, ou portant son attention sur les régimes alimentaires. Il n'est guère de question de médecine infantile qu'il n'ait abordée par la suite. Citerai-je une série d'articles sur les hypotrophies et les cachexies des nourrissons, ses publications sur les formes méningées de la fièvre typhoïde du nourrisson, sur le mégacôlon et le dolichocôlon, sur la tuberculose, sur les affections cardiaques, sur l'hypertension, sur les rhumatismes, sur la syphilis, sur les maladies infectieuses chez les enfants, sur l'endocrinologie, sur la croissance, etc. Au reste, l'essentiel de ses travaux se trouve exposé dans les ouvrages et les articles de traités qu'il a écrits : ses *Conférences pratiques sur l'alimentation des nourrissons* ; — ses articles sur *les maladies de l'appareil digestif, du péritoine, du pancréas*, dans le Traité d'Hutinel « Les maladies des enfants » ; — sur *le cœur des enfants et les maladies congénitales du cœur* dans le « Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée » de Sergent, Ribadeau-Dumas et Babonneix ; — sur *la croissance et les troubles de la croissance*, et sur *les maladies de la nutrition* dans le « Traité de médecine des enfants » dont il dirigea la publication avec Babonneix, — son *Précis de médecine des enfants* et ses onze volumes de *Clinique médicale des enfants*.

Nobécourt fut un médecin d'hôpital exemplaire ; il faisait sa visite avec un soin minutieux, et tant dans son enseignement au lit du malade que dans ses leçons cliniques, il se soumettait exactement aux faits, se gardant des théories hasardeuses, faisant la part de ce que nous savons et de ce que nous ignorons, et donnant une place importante à la thérapeutique ; il aimait les enfants qui lui étaient confiés, et les soignait avec une paternelle affection.

Il s'intéressait aux œuvres sociales. C'est ainsi qu'il était président de l'Œuvre nouvelle des crèches parisiennes et du Comité national de l'enfance, où il avait succédé au Professeur Marfan. C'est dans le même esprit, et pour soulager l'enfance déficiente, qu'il publia avec Babonneix un ouvrage sur l'assistance, l'hygiène et l'éducation *des enfants et des jeunes gens anormaux*.

Il réussissait à faire face à ses nombreuses occupations, sans en sacrifier aucune, grâce à une vie admirablement réglée, où tout se faisait à heure fixe, et son exactitude était proverbiale.

Dans cette existence laborieuse, il ne négligeait pas ses devoirs familiaux ; il aimait à se retrouver parmi les siens. Cet homme très bon et très sensible avait été profondément affecté par la captivité d'un de ses fils, lieutenant d'infanterie ; et ceux qui assistaient, il y a deux ans, à la remise de la médaille qui était offerte à Nobécourt n'avaient pas manqué d'être frappés par son émotion au souvenir de l'absent.

L'affection qu'il portait à ses proches, le sentiment de la responsabilité qu'il avait vis-à-vis d'eux et de la dignité du chef de famille l'avait conduit à s'intéresser à tous les problèmes familiaux. Il contribua à organiser l'Association « Médecine et Famille » dont son gendre, le Dr Renaudeaux, était et demeure la cheville ouvrière. Il fit à l'Académie de Médecine un rapport sur les droits et les devoirs de la famille. Dans une plaquette éditée sous les auspices du Commissariat général à la famille, il publiait un court article sous le titre : « Ce que l'enfant enseigne à ses parents ». Il leur enseigne, disait-il, l'altruisme, la nécessité et le goût du travail, la nécessité de la tenue morale, la modestie (car on s'aperçoit, aux questions auxquelles on ne peut pas répondre, que l'on ne sait pas grand'chose). Il leur enseigne aussi *le but de la vie* : « Celui qui a des enfants, écrivait Nobécourt, s'il meurt en tant qu'individu, ne meurt pas réellement ; il se continue dans ses enfants et dans leurs descendants jusqu'à l'extinction de la famille. Avoir des enfants est dans l'ordre de la nature. » Ainsi se perpétue-t-il lui-même dans ses enfants qui ont gardé toute la noblesse de son esprit et la droiture de son caractère.

Nobécourt m'adressait l'an dernier la septième édition de son *Précis de médecine des enfants*, avec cette dédicace quelque peu mélancolique : « Souvenir de fin de carrière ». Non, pensions-nous, sa carrière ne se termine pas, puisque nous continuons à lire ses travaux, qu'ils portent sur les formes graves des vomissements cycliques ou qu'il s'agisse d'études sur la puberté, la stature, les anomalies de croissance, ou d'une série de consultations.... Un jour vint cependant... Il avait cultivé son jardin qu'il aimait, comme son maître Hutinel avait aimé le sien ; il s'était mis au travail, et quelque temps après on le retrouvait, mourant, devant son bureau, ayant, comme un bon ouvrier, achevé sa tâche quotidienne.

Nobécourt nous laisse le souvenir d'un médecin et d'un professeur éminent, d'un homme de devoir simple et ennemi de toute intrigue, aimé et estimé de tous. Aussi est-ce avec une grande émotion que nous adressons à Mme Nobécourt, à son gendre le Dr Renaudeaux et à Mme Renaudeaux, et à ses deux fils, l'hommage de nos profondes condoléances.

H. Grenet.

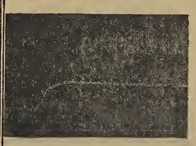
Eloge prononcé à la Société Médicale des Hôpitaux, le 26 novembre 1943, par M. H. Grenet, président.




TRAITEMENT
DES ANÉMIES
ET DES
DÉFICIENCES
NEURO-
ORGANIQUES
SOJAMINOL, complexe d'acides aminés : histidine, tryptophane, extrait du SOJA, riche en vitamines naturelles du groupe B associé aux gluconates de Fer et de Cuivre et à un neurotonique atoxique de synthèse : l'Ambotolyl.
MODE D'EMPLOI :
Adultes : 2 comprimés à chacun des trois repas.
Enfants : 2 comprimés à chacun des deux principaux repas.
SOJAMINOL
COMPRIMÉS
LABORATOIRE
du NEUROTENSYL
72, Bd Davout - PARIS (20e)


EUPHORYL
DÉSENSIBILISANT


Coramine
NOM DÉPOSÉ
CARDIOTONIQUE EUPNÉIQUE



REVUE GENERALE

LES LENDEMAINS DOULOUREUX DE LA CHOLÉCYSTECTOMIE

Par le Professeur E. Mériel (de Toulouse)

La connaisance des rechutes douloureuses observées après l'ablation de la vésicule biliaire est assurément loin d'être une nouveauté. Depuis 1822, date de la première cholécystectomie par Langenbuch jusqu'à la thèse de Petit-Dutaillis en 1922, on les a de tout temps signalées, soit en les minimisant, soit en les exagérant, ce qui a fait parfois hésiter à pratiquer cette belle opération. « Ne promettez jamais à quelqu'un sur le point d'être cholécystectomisé, disait Rosenthal, qu'après l'opération il ne souffrira pas. » Il semble aux auteurs modernes (Gutmann, Chiray), que ces troubles douloureux ont été mal interprétés, et qu'un accord pourrait s'obtenir si on voulait considérer que ces rechutes tiennent plus à un diagnostic erroné ou incomplet qu'à l'opération elle-même, quand elle est bien indiquée et bien exécutée. Bien des malades souffrent, en effet, après l'opération, de troubles antérieurs et étrangers aux voies biliaires. Nombreux sont ainsi les malades atteints de colite, de péricolite, d'appendicite chronique, de dolichocôlon, de lésions rénales mal dépistées, et auxquels l'opération n'a pas apporté le soulagement espéré. Chabrol appelle des *cholécystites abusives* les réactions vésiculaires des migraineux, des dyspeptiques, des inflammations du péritoine vésiculaire, des réactions vésiculaires de dyspeptiques intestinaux, de la stase biliaire sans calcul, ou d'origine hémovégétative. Il en est de même des vieillards, des éthyliques, des paludéens dont l'état général ou le passé pathologique vont assombrir les suites opératoires. Il y a donc là des causes d'erreur qui faussent les statistiques et grèvent la cholécystectomie d'une suspicion imméritée. Le dossier des rechutes douloureuses doit par suite être relu dans un esprit nouveau, et c'est notre propos de faire connaître, à l'aide des auteurs récents, quelles sont les véritables causes de ces « lendemains douloureux des cholécystectomies », comme les appelait Chauffard.

Laissons pour cela de côté les séquelles purement chirurgicales telles que les hémorragies post-opératoires, la cholérragie, la suppuration sous-hépatique, les adhérences, les éventrations ; seules nous arrêteront les complications d'ordre médical parce que plus sujettes à des erreurs d'interprétation.

Elles sont précoces ou tardives.

A. — *Douleurs précoces.* — Peu après l'opération, on peut voir survenir des crises douloureuses variant de l'élancement douloureux à la forme de colique hépatique. Cette gêne douloureuse avec subictère et mouvement fébrile a l'aspect d'une angiocholite, peut-être due à un calcul oublié, à une poussée d'hépatite ou d'angiocholite résiduelle, à une insuffisance cholécystique (Chiray et Pavel). Dire alors qu'il s'agit d'un calcul oublié est toujours chose délicate, attendu que celui-ci peut ne pas être perceptible aux rayons X, en raison de sa transparence. Toutefois si les crises se répètent pendant plusieurs jours avec localisation médiane, sans tension épigastrique, on sera autorisé à invoquer l'existence d'un calcul oublié, et par suite à réintervenir. Aussi, pour se prémunir contre cette éventualité, Chiray, Albot et Bonnet conseillent-ils cette cholangiographie pendant l'opération imaginée par Mirizzi. D'autre part, par la galactosurie provoquée, qui se révèlera anormale, le laboratoire fera reconnaître une poussée d'hépatite. En outre, on incriminera l'angiocholite résiduelle si on a fermé précocement la fistule opératoire, et elle cédera rapidement aux tubages duodénaux. Enfin, ce même tubage duodénal amènera par relâchement du sphincter d'Oddi une amélioration rapide dans ces crises douloureuses parfois violentes, compliquées de diarrhée. Or, cette diarrhée n'existait pas avant l'opération, et, d'autre part, la vésicule était perméable, autant d'indices permettant d'imputer les troubles fonctionnels à l'insuffisance cholécystique.

B. — *Douleurs tardives.* — Plus importants que les précédents sont ces troubles survenant tardivement après l'ablation de la vésicule. Ces crises qui affectent les types cliniques les plus divers sont d'une extrême fréquence. Petit-Dutaillis, sur 100 opérés, dont 80 pour cholécystite calculeuse, compte 52 % de guérison complète, 38,7 % de troubles légers (dyspepsie avec douleurs à type hépatique ou pancréatique), 8,6 % de troubles graves (crises hépatiques avec ictère, adhérences douloureuses, lithiase du cholédoque). Pour Gosset, les séquelles petites ou grandes se rencontrent jusque dans 50 % des cas. La statistique de Steden donne 50 % de guérisons, 20 % de troubles légers, 15 % de troubles sérieux et 16 malades ont présenté des crises analogues à celles d'avant l'opération.

Enfin, d'après Chiray, si l'on fait entrer en compte toutes les variétés de crises douloureuses, relevant ou non de causes hépatobiliaires ou pancréatiques, la proportion s'approcherait, comme celle de Gosset de 50 %. Sans doute dans ce nombre figurent des crises douloureuses avec ictère.

⁂

Les crises douloureuses sans ictère soulèvent beaucoup de problèmes délicats. Pour Chiray, elles constitueraient « le chapitre le plus confus » des complications médicales tardives de la cholécystectomie. Elles se présentent, en effet, avec un tel polymorphisme d'aspect qu'il devient impossible de leur reconnaître une étiologie unique. C'est, le plus souvent, sous forme de colique hépatique avec sa douleur violente de l'hypochondre et de l'épaule droite, quelquefois même à localisation épigastrique, qu'elle se présente à l'observation. A cela vient s'ajouter une fébricule (38°), le teint subictérique et la coloration assombrie des urines. Aussi est-il intéressant de connaître les causes de ces crises douloureuses, et les recherches porteront-elles tour à tour sur l'appareil hépatobiliaire, puis sur les lésions des organes voisins (estomac, côlon, rein). Cette recherche amènera à essayer l'épreuve d'un traitement étiologique qui pourra être satisfaisant.

Il convient de différencier les crises douloureuses ayant une origine extra-hépatique (gastro-intestinale ou rénale) de celles qui ont leur cause dans une lésion hépatobiliaire ou pancréatique.

Volontiers on prend les premières pour des coliques hépatiques, alors qu'elles sont en rapport avec des poussées de colite spasmodique, des blocages de dolichocôlon, des crises appendiculaires ou des ulcères gastroduodénaux. Le siège de la douleur dans l'hypochondre droit, les vomissements bilieux font en effet naître l'idée de colique hépatique. Pourtant, remarque Chiray, un interrogatoire plus minutieux apprendrait que ces crises douloureuses durent plusieurs jours, qu'elles suivent toujours des périodes de constipation et que, de plus, elles s'accompagnent le plus souvent de vomissements, de fermentations intestinales et de crises de diarrhée. Pour éviter cette erreur, il suffira d'abord d'y penser et de la confirmer ensuite par des examens radiologiques et de laboratoire. Aussi Chiray conseille-t-il de faire, préalablement à l'intervention, subir à tous les malades vésiculaires un « examen digestif complet, au triple point de vue clinique, biologique et radiologique ». Gutmann a prouvé que, assez souvent, les crises douloureuses des cholécystectomies avaient pour cause un ulcère gastrique ou duodénal méconnu. Sanders, sur 500 opérés, a trouvé 9 % d'ulcères duodénaux qui ont nécessité ensuite une gastro-entérostomie, ce qu'on aurait évité si, au préalable, on avait fait un examen gastro-duodénal complet.

Avec une colique hépatique, on pourra confondre également un spasme pylorique interne et passager. Ce spasme s'observe au cours de colites, de stase intestinale, d'appendicite, de lithiase rénale, comme le montrent l'étude des retentissements à distance. Ici, encore, c'est la radiologie gastrique après épreuve à l'atropine qui permettra parfois d'éliminer une lésion organique de l'estomac.

Mais les erreurs les plus fréquentes et les plus difficiles à dépister tiennent à la coexistence de congestion hépatique active au cours des affections iléo-coliques. Dans les deux cas, on observe de la pesanteur dans l'hypochondre droit avec sensation douloureuse et même des irradiations en bretelle. On arrivera à faire la distinction par « la palpation soigneuse du bord inférieur du foie et la constatation d'une douleur diffuse s'étendant tout le long du bord inférieur de celui-ci et non pas seulement dans la région vésiculaire. » (Chiray).

Mais ce qui peut faire croire à une colique hépatique récidivante après une cholécystectomie ce sont la colite, l'appendicite chronique, le dolichocôlon. Très fréquente (11 %), la colite droite paraît être le reliquat de l'association si commune de la cholécystite et de la colite droite (typhlo-cholécystite de Durand et Binet). En pareil cas, la douleur de la région sous-hépatique irradiant à la base de l'hémithorax ou en ceinture fait penser à une affection hépatobiliaire. Ici encore la radiographie, complétant un examen clinique attentif, indiquera une douleur de plus en plus marquée à mesure qu'on s'éloignera du foie, pour éviter l'erreur d'interprétation.

L'appendicite chronique serait souvent en cause dans ces crises douloureuses post-opératoires, au dire de Gosset, de Petit-Dutaillis, de Gutmann, de Donati et de Lambret. Mais ce diagnostic d'appendicite chronique est souvent porté avec une telle facilité qu'il faudrait faire des réserves, sauf bien entendu dans les cas où il est bien démontré (Chiray). N'ayant jamais observé d'appendicite chronique chez les cholécystectomisés, ce dernier auteur tendrait plutôt à incriminer la banale iléite terminale par stase cæcale.

Une cause plus fréquente d'erreur, en raison des douleurs qu'il provoque est le *dolichocôlon* (18 % d'après Chiray). Il faudrait y penser toujours en présence des crises douloureuses de l'abdomen et rechercher la triade isolée par Chiray et Wahl : crises douloureuses, météorisme et constipation. D'ailleurs un lavement baryté lèvera tous les doutes et, en outre, on observera la disparition de la douleur par le régime et un traitement approprié d'une quinzaine de jours.

Le *calcul du rein* peut à son tour faire croire à une lésion vésiculaire, tant par ses douleurs propres que par les crises réflexes de spasme colique droit. On aura pu faire ainsi une cholécystectomie quand il s'agissait d'un calcul rénal non reconnu, d'où la persistance des douleurs après l'opération.

Dans d'autres cas, on incriminera un *calcul récidivant du cholédoque*, mais on doit se rappeler qu'il est exceptionnel de trouver associées les lithiases biliaire et vésiculaire.

Ces erreurs grossières mises à part, il est juste de rappeler qu'on pourra attribuer les douleurs à une *hydronéphrose intermittente* ou à une *ptose rénale* dont la distinction sera délicate. Un traitement d'épreuve soulagera ces douleurs ; il serait sans effet sur une affection biliaire.

Il est un autre groupe de faits qu'il faut maintenant envisager, ce sont les douleurs tardives ayant une origine hépatobiliaire ou pancréatique. Pendant longtemps on a attribué ces crises à la présence d'un *calcul oublié*, soit dans le cystique, soit dans la voie principale. On ne le pense plus aujourd'hui, parce que les recherches radiologiques sont

demeurées négatives, de même que le tamisage des selles après la crise. Faut-il enfin rappeler que, lors de l'opération, le chirurgien a dû explorer systématiquement tout l'arbre biliaire, et n'a rien perçu au palper. La crise peut survenir en dehors de toute migration et même, semble-t-il, sans la présence d'un calcul.

Pour réaliser enfin cette crise douloureuse, il faut, selon Pavel et Gutmann trois éléments : un *terrain sensibilisé*, une *épine irritative* hépatobiliaire (calcul, angiocholite) et une *cause déclenchante* (écart alimentaire, émotion en période menstruelle). Le terrain est réalisé chez les sujets émotifs ou anxieux dont l'état se trouve aggravé par l'opération. Tel est le cas des lithiasiques obèses, gros mangeurs sédentaires, tel aussi le cérébral nerveux, instable, dont l'abolition des réflexes nauséeux et cornéen montre le déséquilibre vago-sympathique. L'épine irritative peut être une lithiase biliaire récidivante, une hépatite, une cholédocite ou tel simple reliquat inappréciable de la lithiase qu'a provoqué l'opération. « L'épine irritative, écrit justement Gutmann, représente comme une pointe qui attire sur elle l'éclair humoral. » La cause déclenchante sera tout phénomène susceptible de troubler le système neuro-végétatif. Ce sera le rôle des émotions chez ces sujets anxieux qui exagèrent tout événement, sensibles aux perturbations atmosphériques, thermiques ou alimentaires. Parfois, on a observé une coïncidence avec l'urticaire, une injection de sérum, de vaccin, voire même d'insuline. La période menstruelle intervient à son tour dans ce déterminisme, car elle est assimilée à un choc protéinique. Avec plus de raison encore, le rôle de l'hyperfolliculinémie et des hormones gonadotropes peut être mis en cause, attendu qu'on a pu démontrer leur rôle dans le mécanisme de la colique hépatique menstruelle (Chiray, Mollard et Binet). Le cycle endocrinien de l'ovaire sur ces crises douloureuses est d'action vraisemblable. En somme, il apparaît donc que la crise relève d'un phénomène neuro-végétatif fait de spasme et de manifestations vasomotrices. « Pour qu'il se produise, il faut, conclut Gutmann, la double nécessité d'un point d'appel, si minime soit-il, et d'une cause générale perturbatrice de l'organisme. »

Les aspects cliniques de ces crises sont très variés. Chiray pense que près de 60 % des cholécystectomisés souffrent ou ont souffert, et que, en dehors des crises, peu d'opérés sont à l'abri de petites sensations douloureuses sous-hépatiques n'ayant pas les caractères habituels (intensité, irradiation, caractère épisodique) de la colique hépatique.

Un fait digne de remarque est le « saisissant contraste entre l'intensité, le nombre des crises et le faible degré, parfois même l'absence de lésions que révèle la laparotomie » (Gutmann). Steden en particulier a également signalé le contraste existant dans la moitié des cas entre l'intensité des crises et la discrétion de la lésion.

Par contre, la grande crise douloureuse est assez rare chez des opérés, et peut d'ailleurs revêtir le type douloureux, fébrile, à irradiations déviées ou devenir atypique, sous la forme qui a reçu le nom de *crise de foie*. Ce terme adopté par Paviot, Gutmann, Jahiel et Chiray, sert surtout à désigner les réactions hépatiques qui ne font pas leurs preuves, et sont surtout accompagnées de troubles vasomoteurs et de phénomènes de sensibilisation. Alors le malade accuse d'emblée une douleur qui est plus thoracique que abdominale. C'est une sensation de gonflement douloureux du foie, avec exacerbations violentes, accompagnées d'angoisse. Elle dure de quelques heures à deux jours. Parfois on observe du subictère, une poussée fébrile passagère, comme dans la colique hépatique, et c'est tout. Ces malades qui semblent souffrir atrocement n'ont cependant qu'une légère augmentation de volume du foie, c'est vraiment peu comme signes cliniques, et les erreurs de diagnostic en sont d'autant plus faciles.

La variété de ces formes cliniques ne permet pas de leur assigner un étiologie correspondante. En effet, la colique hépatique la plus franche et la crise de foie peuvent reconnaître pour cause la présence d'un calcul, l'une et l'autre peuvent également s'observer en dehors de toute lithiase. Il faudra donc rechercher la série des causes possibles : la lithiase itérative et, dans l'espèce, le calcul dissimulé du cholédoque (Chiray), l'hépatite, la pancréatite, le spasme des voies biliaires ou du sphincter d'Oddi et la sécrétion vasomotrice du foie. Mais ces divers facteurs étant souvent associés et intriqués il devient bien difficile de distinguer la cause dominante.

***

Cet aperçu étiologique conduit à une sanction thérapeutique correspondante. C'est ainsi que pour les coliques par lithiase itérative bien établie l'intervention sera complétée par une diététique rigoureuse et par des cures de Vichy pendant deux à trois ans de suite. Les crises douloureuses par hépatite seront traitées comme les ictères par hépatite, avec préférence de l'atropine sur la morphine. Contre le spasme du sphincter d'Oddi, le tubage duodénal et les antispasmodiques seront mis en œuvre comme dans les ictères de même origine. Le meilleur antispasmodique du sphincter d'Oddi est pour Waltman, Walter, Mac Govers et Krupper, le nitrite d'amyle en inhalation ou des injections intraveineuses de théophylline, c'est-à-dire d'aminophylline, dont l'action sur l'hypertension biliaire entraîne la décontraction du sphincter et la cessation des douleurs. Les crises par pancréatite sont heureusement rares, car nous sommes sans action sur elles. Tout au plus, en les considérant comme « un simple trouble fonctionnel ou une localisation sur le pancréas d'un trouble humoral important » (Michel-Béchet), pourrait-on essayer les injections de chlorure de calcium comme dans une crise d'urticaire.

En cas de crise violente, un traitement chirurgical s'impose d'urgence qui peut procurer la guérison, soit par lui-même, soit en faisant découvrir un ulcus gastro-duodénal perforé ou une appendicite aiguë qui sera traitée comme il convient. Pour Caroli et Benoît, beaucoup de ces malades opérés sur un diagnostic erroné furent malgré cela guéris.

La conduite thérapeutique est plus difficile à indiquer s'il s'agit d'une « crise de foie ». C'est en effet un syndrome complexe, et rarement isolé par la clinique. Il peut comporter un triple traitement : celui du terrain sensibilisé, celui de l'épine irritative et celui de la cause déclenchante (Chiray, Albot, Bonnet). Pour le terrain, on s'adressera au régime, à l'hygiène générale et à la médication neuro-végétative. L'épine irritative qui correspond à une déficience globale du foie, sera soumise à l'usage des extraits hépatiques en injections de 1 à 3 gr. par jour, aux autres chlorétiques habituels, à la cure thermale de Vichy si on ne recherche pas une cholérèse considérable et brutale (Chiray).

Enfin, pour ce qui est de la cause déclenchante, il faut avouer que nous sommes désarmés vis-à-vis des chocs moraux, des chagrins et des émotions. Dans une certaine mesure, la psychothérapie, la médication calmante et l'hydrothérapie pourront apporter quelque sédation à ces états. Bien entendu un régime sévère, quant aux aliments et à l'alcool, garde ici ses indications. La désensibilisation peut être obtenue par l'emploi des peptones et de l'hyposulfite de soude. Dans ces derniers temps, la médication endocrinienne a paru améliorer ces sujets sensibilisés. Binet et Jahiel ont guéri ces malades par castration radiothérapique. Jahiel également a traité ces troubles par des injections de sang menstruel, lorsque les crises du foie lui semblaient en relation avec le cycle cataménial, la malade étant sensibilisée à son propre sang.

***

La conclusion pratique est que tous ces cas de crises douloureuses après cholécystectomie doivent, conseille Gutmann, nous inciter à ne pas opérer « sans avoir au préalable la certitude clinique et radiologique que le cholécyste est réellement malade, et si, après examen, on est amené à intervenir, lorsqu'on se trouve en présence d'une vésicule qui, à la vue et au palper, paraît saine, préférer à la cholécystectomie, l'intervention moins irrévocable de la cholécystostomie. » Cet appel à la discrétion opératoire est à retenir, car les suites sont souvent mauvaises lorsqu'on enlève une vésicule macroscopiquement saine. Les poussées hépatiques douloureuses survivent alors à une opération qui parfois aurait pu être évitée. Il faut donc toujours, avant d'opérer, avoir présent à l'esprit que des lésions de voisinage plus ou moins éloignées, peuvent simuler une lithiase vésiculaire et entraîner ainsi à faire une opération inopportune ou tout au moins incomplète.

BIBLIOGRAPHIE RECENTE

Barthélemy. Séquelles tardives de la cholécystectomie. *Soc. de Chir.* 6 mars 1935.

Bonnet. Les suites médicales de la cholécystectomie. *Thèse de Paris*, 1938.

Catell et Kiefer. Echecs après cholécystectomie. *Rev. Méd. Chir. des Mal.. du Foie*, 1931.

David. Résultats éloignés dans les cholécystectomies. *Thèse Paris* 1937.

Delrez. Les insuccès de la cholécystectomie. *Ann. Soc. Méd. Chir. de Liége*, 1927.

Epstein. Troubles observés après cholécystectomie pour lithiase. *Thèse de ~~Lyon~~*, ~~1930~~. Paris 1947

Favre. Etude comparative des résultats immédiats et éloignés de la cholécystostomie et cholécystectomie. *Thèse de Paris*, 1930.

Gutmann. *Soc. Méd. des Hôp.*, 13 janv. 1939 ; *Prat. Méd. Franç.*, février 1933 ; *Phare Médical de Paris*, 1939. *Les intolérances digestives*, 5 nov. 1932. *Les grands syndromes de la région épigastrique*, 2 vol., Doin, édit. La colique hépatique. *Cahiers de Pratique Méd. Chir.*, oct.-décembre 1941.

Hartmann et Petit-Dutaillis. *Journ. de Chir.*, 1922.

Petit-Dutaillis. Suites éloignées de la cholécystectomie d'après 100 opérés revus. *Thèse de Paris*, 1922 et *Bulletin Médical*, oct. 1925.

Mirizzi. *Presse Médicale*, 7 avril 1937.

Moura. Résultats immédiats et éloignés de la cholécystectomie. *Thèse de Lyon*, 1933-1934.

Walter. *Rev. Méd. de la Suisse romande*, 1939.

Fiessinger. Continuation des douleurs après la cholécystectomie. *Journ. des Praticiens*, 12 juillet 1930.

Gutmann. Coliques hépat. et crises de foie. *Monde Méd.*, 1933.

Gutmann et Larget. *Soc. de Méd. des Hôp.*, 30 janv. 1933.

Bérard et Mallet-Guy. *Lyon Chir.*, 1931.

Béclère. Radiodiagnostic des séquelles de la cholécystectomie. Congrès de la Lith. Bil. Vichy, 1932.

Gosset, Jahiel et Delaunay. Sensibilisation endogène. *Presse Méd.* 1937.

Chiray et Pavel. *Arch. des Mal. App. dig.*, 1925.

Chiray et Bonnet. *Les complications médicales de la cholécystectomie*, 1 vol. Masson, 1941.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

SÉANCE DU 6 DÉCEMBRE 1943

Sur une substance vasodilatatrice présente dans certains extraits de sang et d'exsudat. — MM. Jean-Louis PARROT et Gabriel RICHET constatent que l'activité vasodilatatrice des extraits d'exsudats doit être attribuée, pour la plus grande part, à une substance distincte de l'histamine et de l'acétylcholine, moins stable que le premier de ces corps, plus stable que le second. Les extraits sont essayés sur deux intestins de cobaye, l'un est soumis à l'action de l'atropine, l'autre à celle d'un antagoniste de l'histamine ; le premier permet de doser l'histamine et le second la nouvelle substance. Celle-ci se retrouve dans les extraits de sang qui proviennent de malades atteints de fièvre typhoïde, de toxi-infection maligne ou de poussée ulcéreuse gastrique ou duodénale. Les auteurs, après avoir insisté sur les propriétés qui permettent de distinguer leur substance de l'histamine et de l'acétylcholine, montrent que sa présence peut introduire une cause d'erreur importante dans le dosage biologique de ces deux derniers corps. (Note présentée par M. Binet.)

Ferment. Anaferment. Antiferment. — M. G. RAMON. — Il résulte de l'ensemble des recherches exposées que, sous l'action combinée du formol et de la chaleur agissant dans des conditions bien déterminées, la papaïne peut perdre ses pouvoirs toxique et enzymatique en conservant ses qualités immunisantes ; elle peut donc se transformer en anapapaïne qui provoque, chez les animaux auxquels on l'injecte, l'apparition d'une antipapaïne douée de propriétés floculantes et neutralisantes à l'égard de la papaïne.

Ainsi on peut conclure à la possibilité de la transformation d'un ferment tel que la papaïne en anaferment lequel peut, à son tour, permettre d'obtenir chez l'animal, un antiferment captable, indiscutablement, de « neutraliser » spécifiquement le ferment en cause, dans sa fonction diastasique.

Cette nouvelle application du principe fondamental des anatoxines consacre l'intérêt de la découverte annoncée il y a vingt ans.

Election d'un correspondant dans la section de physique générale. — M. REBOUL (de Montpellier) est élu.

Election du vice-président pour 1943. — M. Maurice CAULLERY est élu. On sait que le nouveau vice-président est professeur à la Faculté des Sciences et directeur du Laboratoire d'évolution des êtres organisés. Il était le beau-frère du regretté Félix Mesnil, de l'Institut Pasteur, membre de l'Académie des Sciences et de l'Académie de Médecine.

Le bureau pour 1943 sera ainsi composé : président, M. Maurain, qui succède à la présidence à M. Gabriel Bertrand.

Vice-président : M. Caullery.

Secrétaires perpétuels : MM. A. Lacroix et L. de Broglie.

Séance annuelle. — La séance annuelle aura lieu le lundi 20 décembre prochain.

ACADEMIE DE MÉDECINE

SÉANCE DU 30 NOVEMBRE 1943

Rapports. — M. FABRE, au nom de la Commission du rationnement pharmaceutique.

M. VILLARET. Les travaux concernant les eaux minérales pendant l'année 1942.

M. LESAGE. Le service de l'hygiène de l'enfance pendant l'année 1942.

La neurolymphomatose des gallinacés. Etude d'une épidémie dans un grand élevage. — MM. J. LHERMITTE, DE AJURIAGUERRA et SOUQUET exposent le développement d'une neurolymphomatose dans un élevage de l'Ile-de-France comprenant exclusivement des pondeuses Leghorns sélectionnées, et pourvu des installations les plus modernes. Les types de paralysie les plus fréquemment observés furent ceux de la paralysie du col, des pattes, des ailes et aussi une singulière forme hémiplégique. Outre les paralysies, les altérations oculaires se montrent significatives. Quant à la nature de la maladie qui s'avère, du point de vue histologique, une infiltration de tout le système nerveux central, il semble qu'on doive la rattacher à une infection par virus, encore que les recherches effectuées n'aient pas permis de démontrer la réalité de la contagion non plus que les modifications probables du terrain de pacage.

Sur le rôle fonctionnel des globulines. — M. H. BIERRY, de Marseille, dans une note présentée par L. BINET, analyse la double fonction, énergétique et immunologique, qu'exercent les globulines.

Les glucidoprotéiques, par leur partie glucidique, entrent dans le cycle de la nutrition.

Les globulines interviennent puissamment dans le processus d'immunologie. L'auteur fait une étude serrée des anticorps et des antigènes. L'antigène, introduit dans le milieu intérieur, exerce une perturbation qui va provoquer les activités réactionnelles cellulaires et sanguines : des groupes actifs prennent naissance ; les globulines deviennent le support colloïdal de ces groupements et, tout en conservant leurs propriétés d'espèces, vont orienter leur spécificité dans une voie nouvelle.

Remise du buste du professeur Chantemesse. — Un très beau buste de Chantemesse vient d'être offert à l'Académie par son fils, M. Robert Chantemesse.

Ce buste d'une très belle facture est dû au grand talent d'un confrère, le Dr Paulin.

En le recevant au nom de l'Académie, M. le Président Balthazard rappelle en quelques mots les travaux de Chantemesse et Widal sur la sérothérapie expérimentale de la fièvre typhoïde et leurs recherches en vue de la vaccination et il adresse ses remerciements très vifs à M. Robert Chantemesse.

Influence sur la digestion de la surcharge cellulosique apportée par le pain actuel ; action sur l'excrétion azotée fécale. — MM. Jean TRÉMOLIÈRES et ERSMANN exposent les recherches faites dans le service de leur maître, M. FIESSINGER, et qui confirment les constatations faites par Carnot et Fiessinger.

Ils ont constaté qu'une ration journalière de 300 grammes amenait, sur une ration équivalente de pain bluté à 80 %, une perte azotée moyenne de 0 gr. 71, donc bien supérieure au gain apporté par le blutage. Mais ce qui leur parut le plus important, c'est que cette augmentation ne se faisait que progressivement après un temps moyen de six jours, donc sans rapport avec la durée de traversée digestive.

Ils pensent donc que cette augmentation d'excrétion azotée n'est pas liée à un résidu directement alimentaire, comme le voudrait la notion classique des coefficients d'utilisation digestive, mais bien à un processus spécifiquement intestinal qu'ils se sont attachés à préciser par des travaux ultérieurs.

Election d'un membre libre. — Classement de candidats : en première ligne, M. Joliot ; en deuxième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Armand-Dellile, Herpin, Kling, Lassablière et Mme Randoln. Adjointe par l'Académie, Mme Phisalix.

Votants : 81 ; majorité absolue : 41. Ont obtenu M. Joliot, 38 voix ; M. Armand-Delille, 34 voix ; M. Herpin, 1 voix ; M. Kling, 2 voix ; M. Lassablière, 1 voix ; Mme Randoin, 4 voix ; Mme Phisalix, 1 voix.

Au 2e tour, M. Frédéric Joliot est élu par 44 voix contre 40 à M. Armand-Delille.

Il est inutile de rappeler que M. Frédéric Joliot est professeur au Collège de France, membre de l'Académie des Sciences et prix Nobel.

Séance annuelle. — L'Académie tiendra sa séance annuelle le mardi 14 décembre, à 15 heures.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

SÉANCE DU 19 NOVEMBRE 1943

Crises comitiales par hypoglycémie spontanée. — MM. HEUYER et DESCLAUX. — Malade, brigadier visiteur au métro, 45 ans, montant dans une rame de voitures tamponne voyageurs à station voisine. Perte totale du souvenir de l'accident ; avait antérieurement présenté des crises comitiales typiques. Ancien syphilitique, les examens humoraux furent négatifs. Il s'est agi d'une hypoglycémie spontanée ayant déterminé des crises comitiales à forme d'impulsions motrices.

Traitement des pleurésies cardiaques récidivantes par injections intrapleurales de quinine-méthane. — M. LAEDERICH. — Observations d'épanchements pleuraux récidivants, guéris par injections de quinine-méthane. Traitement bien toléré. Après deux à cinq injections répétées à quelques jours d'intervalle, l'épanchement ne se reproduit plus, ce qui rend service à des asystoliques et détermine une amélioration inespérée.

Un cas de manifestation parotidienne révélatrice de la maladie de Besnier-Boeck-Schaumann. — MM. P. AUBRIOT et G. HENRY. Observation d'une femme de 30 ans atteinte d'une parotidie chronique bilatérale, depuis trois mois, avec diminution de la salivation. A l'examen, on note une légère hypertrophie de la rate et deux ganglions épitrochléens. Il s'agit d'une maladie de B.-B.-S. Les auteurs insistent sur les parotidites chroniques à étiologie inconnue.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

13 *octobre*. — M. KALENITCH. La péricardite brightique curable. — M. VAISSIÈRE. Contribution à l'étude de la vaccinothérapie antibronchitique dans l'asthme. — M. MARIAN. A propos d'un cas de compression trachéale par adénopathie bacillaire chez un nourrisson.

14 *octobre*. — M. GOURICHON. L'érythème noueux tuberculeux de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte. — M. DEMEUSY. Etude des aliments de complément à la ration du temps de guerre.

21 *octobre*. — Mme SELLIER. L'évolution de la prophylaxie antivénérienne chez les prostituées. — M. SEILLON. De la nécessité de l'examen histologique extemporané au cours de l'ablation des tumeurs du sein.

22 *octobre*. — M. AUSSANNAIRE. Le syndrome angine-infarctus pulmonaire dans les infections à bacilles. — M. TALAMART. A propos d'un cas de leucémie aiguë à monocytes. — M. PLANCHON. L'arythmie complète provoquée par la digitale.

TABLE DES MATIÈRES

1943

Les chiffres suivis d'un astérisque correspondent à des articles originaux.


SUPPOSITOIRES
ANUSOL
contre les HÉMORROÏDES
ANUSOL

TABLE DES AUTEURS

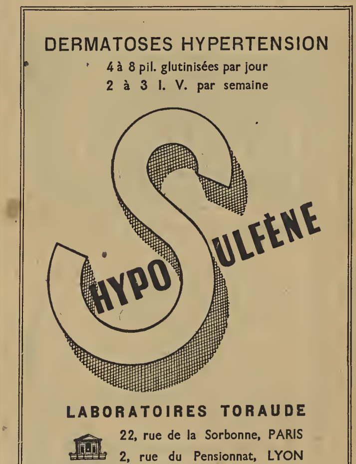
1943

Les chiffres suivis d'un astérisque correspondent à des articles originaux.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.
Imp. Tancrède, Paris - 31.1080 (Autorisation n° 83)



PANTOPON
ROCHE
OPIUM TOTAL
SOMNIFÈNE
ROCHE
HYPNOTIQUE
SÉDOBROL
ROCHE
TRAITEMENT BROMURÉ
SÉDORMID
ROCHE
HYPNOGÈNE
ALLONAL
ROCHE
ANALGÉSIQUE
PRODUITS "ROCHE"
10, RUE CRILLON, PARIS



DERMATOSES HYPERTENSION
4 à 8 pil. glutinisées par jour
2 à 3 I. V. par semaine
HYPOSULFÈNE
LABORATOIRES TORAUDE
22, rue de la Sorbonne, PARIS
2, rue du Pensionnat, LYON



